MANUEL
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
(nº 100)

Régie de l'assurance maladie
Québec

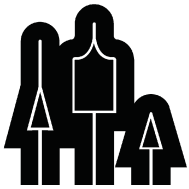
Document produit par la Régie de l’assurance maladie du Québec

Coordination
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication
Centre d’information et d’assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-550-68958-4 (PDF)



MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

MISE À JOUR 88
DÉCEMBRE 2016

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

---

SOMMAIRE

- *Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages*

Amendement n^{o} 153 (en vigueur le 15 décembre 2015)
Amendement n^{o} 154
Amendement n^{o} 156

Autres documents officiels et changements d'ordre administratif

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes :

- n^{o} 128 du 21 juillet 2016
- n^{o} 129 du 28 juillet 2016
- n^{o} 176 du 13 octobre 2016
- n^{o} 196 du 17 novembre 2016
- n^{o} 201 du 21 novembre 2016

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives
  Pages : 5 à 7

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 233, 688 et 921
  Pages : 9, 22 et 32

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modifications à la suite de l'Amendement n^{o} 153
  Pages : A-27, A-28, A-51 et A-52
- Modifications à la suite de l'Amendement n^{o} 154
  Page : A-28
- Modifications à la suite de l'Amendement n^{o} 156
  Pages : A-14 et A-15
- Modifications administratives
  Pages : A-1, A-4, A-14, A-51, A-52 et A-76

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

- Modifications à la suite de l'Amendement n^{o} 153
  Pages : B-32 et B-33
- Modifications administratives
  Pages : B-1, B-2, B-32 et B-33

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Modifications officielles à la section Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction
  Page : C-25

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
  # : Modification ou ajout de contenu administratif
  + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
  D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
  T : Modification du tarif
  S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-68958-4

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

Régie de l'assurance maladie
Québec

INTRODUCTION

Le Manuel des médecins omnipraticiens vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie et sur les modalités de facturation pour les professionnels rémunérés à l'acte.

À cet égard, il contient notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement et les dispositions tarifaires. Celles-ci comportent les préambules, la nomenclature des actes et leur tarif ainsi que des renseignements d'ordre administratif.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'a votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :
- http://www.ramq.gouv.qc.ca

Par courrier électronique :
- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :
- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :
- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = **Mise à jour**

XX = **Numéro séquentiel** de la mise à jour Internet ou papier

MMMM 20AA = **Mois** et **année** de la publication de la mise à jour

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les deux derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

. ***99*** *indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);*

. ***00*** *est une modification effectuée en vertu d'une entente du comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;*

. *Tout* **autre chiffre** *indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'amendement relatif à l'entente générale.*

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ENTENTE : *Voir la Brochure n^{o} 1*

2. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES, À LA VACATION OU AU TARIF HORAIRE : *Voir la Brochure n^{o} 2*

3. A) MESURES INCITATIVES : *Voir la Brochure n^{o} 3*

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (rémunération à l'acte)

4.0 AVANT-PROPOS **1**

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN **1**

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN **2**
4.2.1 Identité de la personne assurée **2**
4.2.1.1 Carte d'assurance maladie **2**
4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie **2**
4.2.1.3 Modèles de carte **3**
4.2.1.4 Vérification de la carte (validité) **5**
4.2.2 Médecin ayant fourni les services assurés **7**
4.2.3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin **8**
4.2.4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires **9**
4.2.4.1 Document complémentaire **10**
4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs **11**
4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (lettre « Q ») **12**
4.2.5 Établissement **14**
4.2.6 Facturation des actes **15**
4.2.6.1 Anesthésie *(rôle 2)* (anesthésiste principal) **17**
4.2.6.2 Anesthésie *(rôle 3)* (anesthésiste collaborateur) **18**
4.2.6.3 Anesthésie *(mod 37)* (remplaçant en cours d'intervention) **19**
4.2.6.4 Anesthésie *(mod 130)* (suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire) **20**
4.2.6.5 Modificateurs *(voir aussi annexe II à 4.6.2)* **21**
4.2.6.6 Intervention en situation complexe au service d'urgence **22**
4.2.7 Cas spécial; cas de la CSST; distance **27**
4.2.8 Visites **29**
4.2.9 Total des honoraires **30**
4.2.10 Signature **30**

4.3 EXPÉDITION **30**

4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE **31**

4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : *voir la brochure Services de laboratoire en établissement et l'onglet Formulaires du présent manuel* **32**

4.6 ANNEXES *(I à V)* **32**
4.6.1 Annexe I : Liste des rôles **32**
4.6.2 Annexe II Liste des modificateurs **32**
4.6.3 Annexe III : Lettres s'appliquant à la case CS et leur signification **48**
4.6.4 Annexe IV : Numéro d'établissement **50**

Page

4.6.5 Annexe V : Remboursement des frais de déplacement **52**
4.6.5.1 Rémunération à l'acte **52**
4.6.5.2a) Formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) **54**
4.6.5.2b) Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) **55**

4.7 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE **1**
4.7.1 Liste des localités **4**

5. PAIEMENT (rémunération à l'acte)

5.1 MODE DE PAIEMENT **1**

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT **1**

5.3 FACTURATION INFORMATISÉE **1**
5.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence **1**

5.4 ÉTAT DE COMPTE **2**
5.4.1 Description **3**
5.4.2 Vérification des paiements **7**

5.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT **7**
5.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé **7**
5.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement **7**
5.5.3 Paiement refusé en partie **7**
5.5.4 Paiement refusé en totalité **7**

5.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT **8**

5.7 CODES DE TRANSACTIONS **9**

5.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT **10**

6. MESSAGES EXPLICATIFS **1**

6.1 MESSAGES EXPLICATIFS / ASSURANCE RESPONSABILITÉ **2**

6.2 MESSAGES EXPLICATIFS / SERVICES MÉDICAUX **5**

Page

7. DISPOSITIONS TARIFAIRES **1**

A- Préambule général
\# B- Consultation, examen et visite
B-1 Activités cliniques préventives
C- Actes diagnostiques et thérapeutiques
D- Préambule particulier, anesthésie-réanimation
E- Chirurgie, préambule particulier
F- Peau-phanères - tissu cellulaire sous-cutané
G- Appareil musculo-squelettique, préambule particulier
H- Système respiratoire
J- Système cardiaque
K- Système lymphatique et hématopoïétique
L- Système digestif
M- Appareil urinaire
N- Appareil génital mâle
P- Gynécologie
Q- Obstétrique, préambule particulier
R- Appareil glandulaire
S- Système nerveux, préambule particulier
T- Appareil visuel
U- Appareil auditif
\# V- Radiologie diagnostique, préambule particulier

#8. MANUELS ET FORMULAIRES **1**

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN *(Formulaire 1200)*

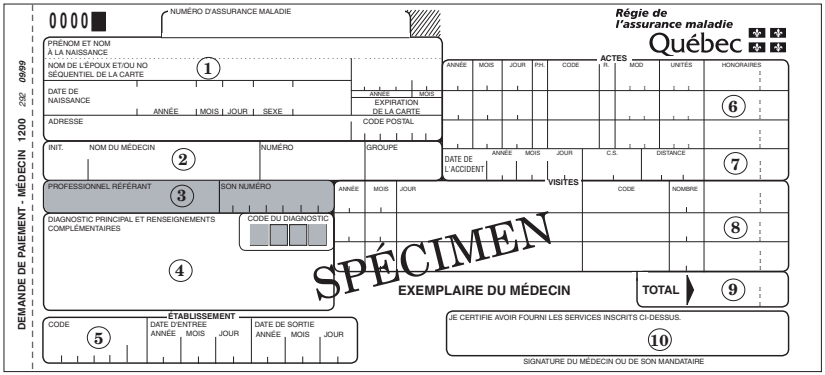
4.0 AVANT-PROPOS

\# - La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement - Médecin (acte)* (1200).
Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.
- Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.
- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

\# - Remplir le formulaire en **lettres détachées majuscules**.
- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Inscrire les dates selon le système international, c'est à dire **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 23 juin 2013 s'écrit 13-06-23.
- **Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar ($).**

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.



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

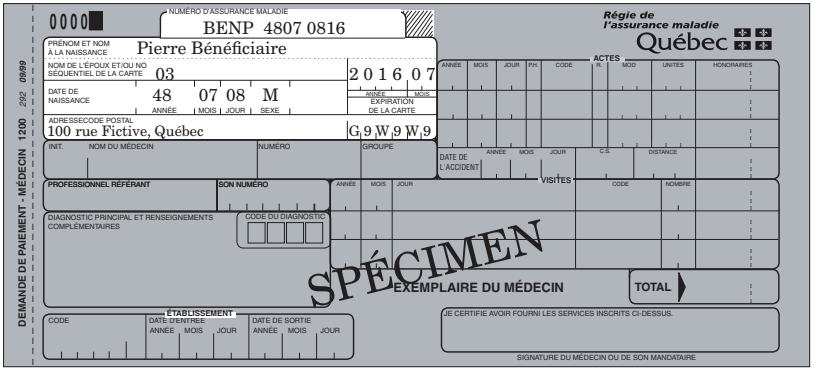
La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il figure dans toute correspondance relative à cette dernière.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

4.2.1 **SECTION 1** IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Section conçue pour recevoir, outre l'adresse, tous les éléments figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux (facultatif) et/ou N^{o} séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année-mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), nom de la ville ou du village et le code postal.



#

4.2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

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

4.2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider **la date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

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

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

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

1)

2)

Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;

2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical.

c) **SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE**

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

d) **AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE**

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

4.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

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

\# **a)** Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement d'une personne assurée* (4314).

2- Vérification de la date d'expiration

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

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

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

\# La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement d'une personne assurée* (4314) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

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

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

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

Naissances multiples :

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

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

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale si disponible dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.* **(SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence).**

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

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

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

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

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

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

\# En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**Ne pas remettre** de formulaire *Demande de remboursement d'une personne assurée* (4314)).

f) La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service :

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

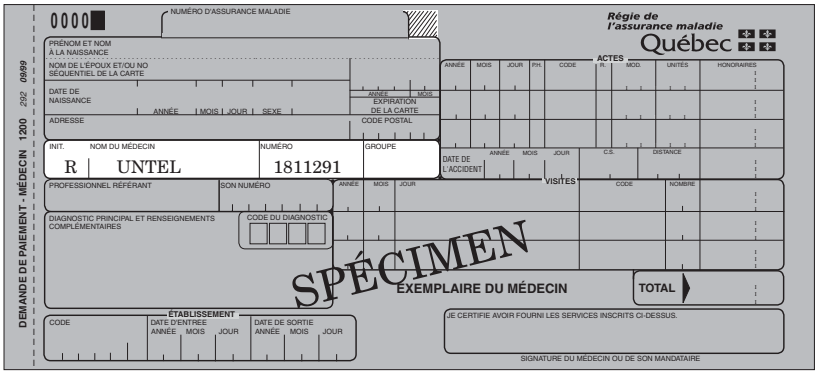
g) Service professionnel à la demande du coroner :

- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*;
- de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 *Identité de la personne assurée* les coordonnées suivantes :
  - nom de famille : **DO**
  - prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
  - date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**
  - sexe : **M** ou **F**

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie de la *Demande de remboursement d'une personne assurée* (4314) qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie. (Voir section 4.4)

4.2.2 **SECTION 2** MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS



- INITIALE : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie **(7 chiffres)**;
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres**[(1)] est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un médecin de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

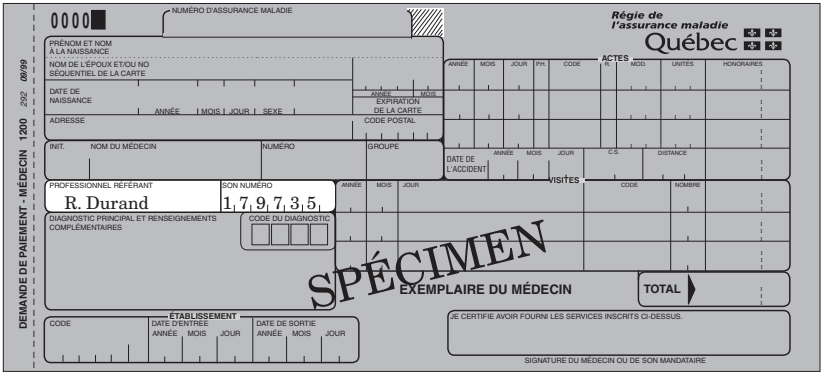
Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire 3006 *Demande de compte administratif et avis de pratique en groupe*. Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

(1) : *Avant le 31 mars 2009, le numéro de compte comportait 4 chiffres, le médecin peut continuer à utiliser ce numéro à 4 chiffres pour sa facturation. Toutefois, à l'état de compte la Régie ajoutera automatiquement un « 0 » devant les 4 chiffres du n^{o} de compte.*

4.2.3 SECTION 3 PROFESSIONNEL AYANT REQUIS DES SERVICES DU MÉDECIN

En plus d'une consultation, d'une visite, d'un examen radiologique, d'un transfert et du mentorat en obstétrique, la nomenclature de certains actes exige l'identification du professionnel ayant demandé les services
(Ex. : Code **06914**, sous l'onglet « Q - Obstétrique »).



Cette partie comporte les éléments suivants :

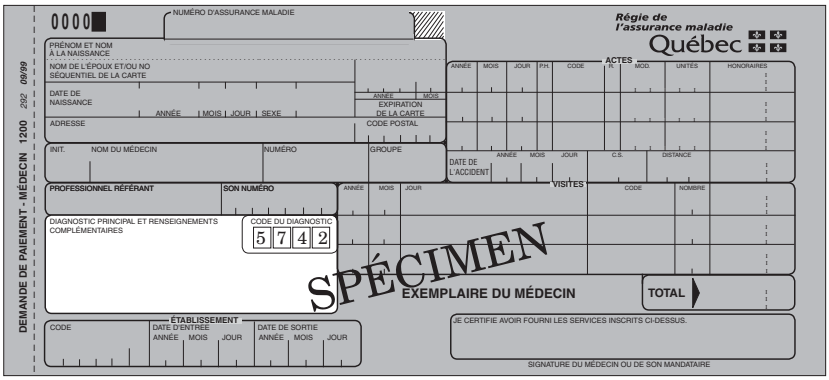
- PROFESSIONNEL RÉFÉRANT : l'initiale du prénom et le nom au complet;
- SON NUMÉRO : le numéro d'inscription du médecin à la Régie (1XXXXX), du dentiste (2XXXXX), de l'optométriste (3XXXXX), de l'infirmière praticienne spécialisée (81XXXX), de la sage-femme (93XXXX) qui a demandé des services.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et dans la case SON NUMÉRO le numéro du professionnel soit le 6XXXXX pour un médecin, le 8XXXXX (sauf 81XXXX) pour un optométriste ou le 7XXXXX (sauf 74XXXX) pour un dentiste. Si le professionnel ne détient pas de numéro à la Régie, veuillez utiliser le 111111 pour un médecin, le 211111 pour un dentiste ou 311111 pour un optométriste dans cette même case.

4.2.4 SECTION 4

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Cette section sert à inscrire le ou les diagnostics ainsi que tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement.



DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Inscrire le ou les diagnostics selon la terminologie ou la codification de la Classification Internationale des Maladies.

1) S'il n'y a aucune pathologie, inscrire dans la case appropriée le code V70.0 pour un adulte ou V20.2 pour un enfant ou encore, **« état normal »**.

2) S'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC ou le nom dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3) S'il y a plusieurs diagnostics, inscrire le code du diagnostic principal dans les cases appropriées ou le nom en le soulignant et les autres diagnostics par leur code ou leur nom, selon leur influence sur le pronostic et sur le traitement.

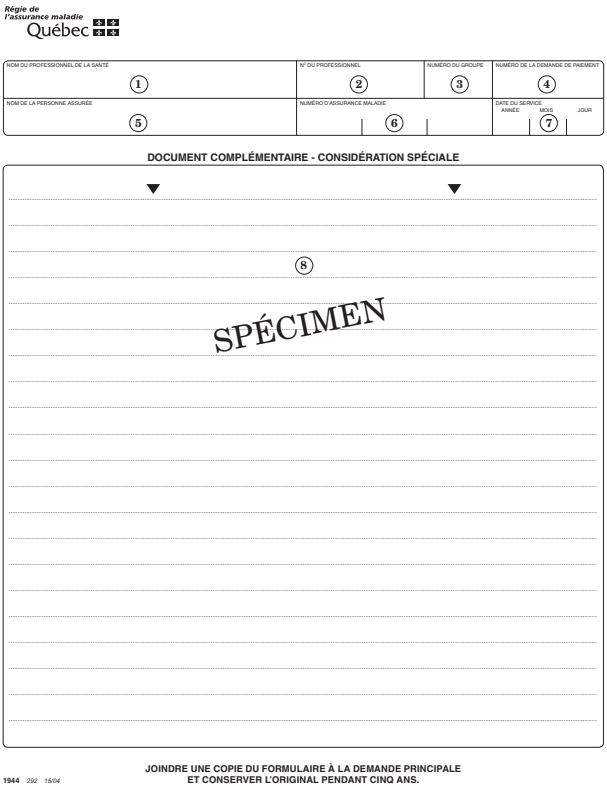
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Le professionnel de la santé doit préciser dans cette case l'heure du début et l'heure de la fin de tout acte anesthésique pour lequel il demande paiement (voir l'exemple de facturation d'une anesthésie figurant à la section 4.2.6 sous le présent onglet).

Par ailleurs, tout renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement, tel les soins d'urgence, ou lorsqu'exigé par le libellé de l'acte ou par un ***AVIS***.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire 1944, **« Document complémentaire »**; inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre le document à la demande de paiement *(voir 4.2.4.1, à la page suivante)*.

4.2.4.1 Document complémentaire - Considération spéciale *(Formulaire 1944)*



Régie de l'assurance maladie Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	N° DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
1	2	3	4
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
5	6		7

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

8

SPÉCIMEN

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 *292 15/04*

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale du prénom et nom de famille du médecin (comme il est inscrit sur son imprimante) ayant fourni les service;

\# **2.** NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : N^{o} du médecin (7 chiffres);

3. NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu *(voir définition du GROUPE à l'article 4.2.2 - Section 2)*;

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros concernés et joindre une copie à chaque demande à l'aide d'un trombone (ne jamais agrafer);

5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et nom de famille à la naissance;

6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;

7. DATE DU SERVICE : inscrire la date où les services ont été rendus;

8. DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans le bloc DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le médecin ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement ou demande de révision ou d'explications, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

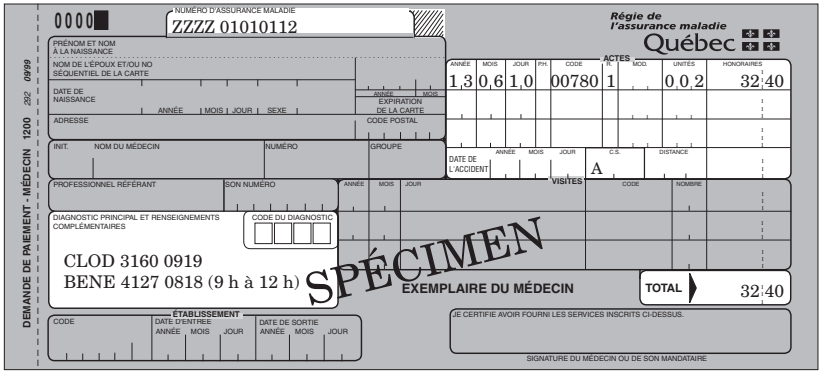
La *Demande de paiement - Médecin* (n° 1200), se rédige comme suit :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : le code ZZZZ01010112;
- C.S. : la lettre **« A »**;
- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro d'assurance maladie des personnes assurées traitées et l'heure de début et de fin du traitement s'il y a lieu. Si l'espace est insuffisant utiliser le *Document complémentaire* (n° 1944);

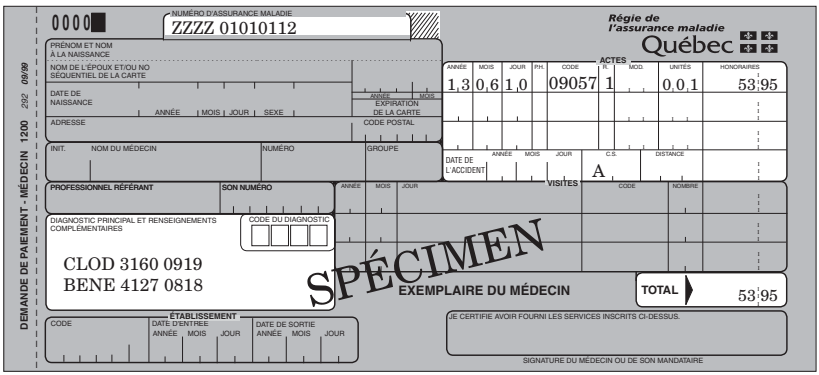
UNITÉS : selon la nomenclature de l'acte, indiquez **soit** le **nombre de personnes** traitées (ex. : code **00780**) **ou** le **nombre de périodes** (ex. : code **09057**);

- HONORAIRES : le calcul des honoraires doit être effectué selon le nombre de personnes traitées **ou** le nombre de périodes (voir les exemples **A** et **B**).

A : Code **00780** : Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques ... 5,40 $ par heure, par patient.
Calcul = **3 heures** de traitement pour **deux personnes** : **3** X 5,40 X **2** = 32,40 $



B : Code **09057** : Conseil génétique ou génique, par période de 30 minutes
Calcul = **une** seule **période** pour **deux personnes** : **1** X 30 min = 53,95 $



Remarque : Pour les agences de facturation, voir *Manuel de facturation informatisée*.

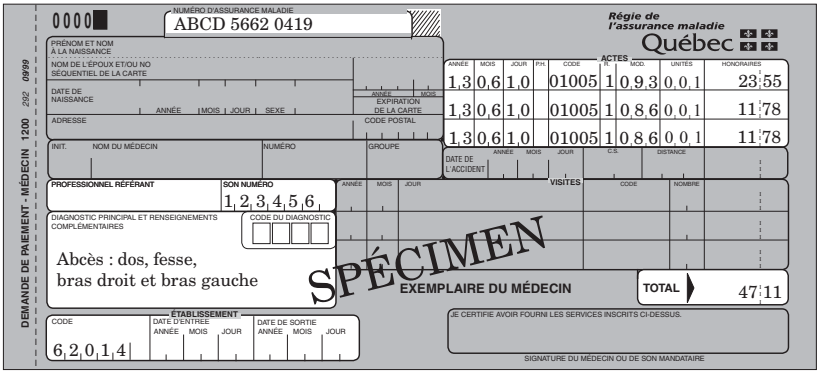
4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (LETTRE Q)

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

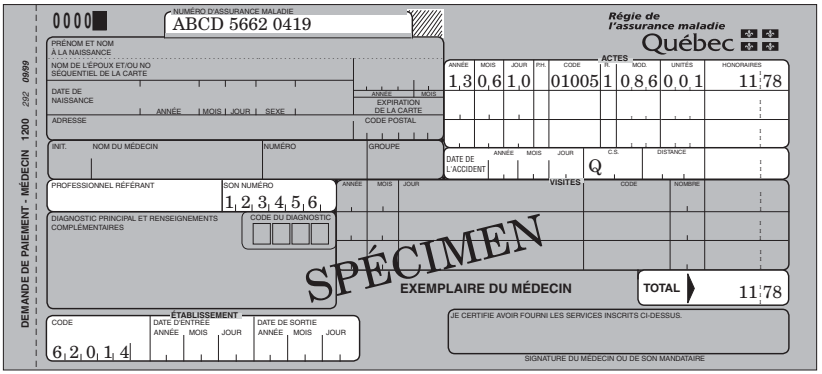
La lettre **« Q »** permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à une personne assurée soit **au cours de la même séance ou de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre **« Q »** doit être inscrite **sur la deuxième** demande de paiement et **toute demande subséquente** nécessaire pour facturer la répétition du service concerné. Elle ne remplace pas l'emploi du modificateur **094** (séances différentes) lorsqu'il s'applique au service facturé.

 # EXEMPLE 1

1re demande de paiement

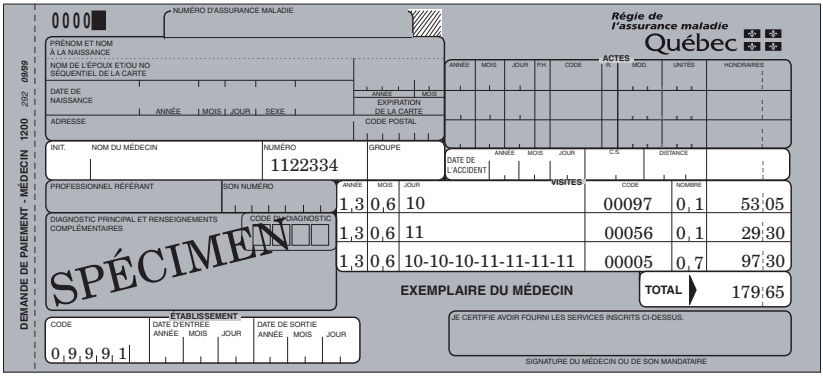


2e demande de paiement

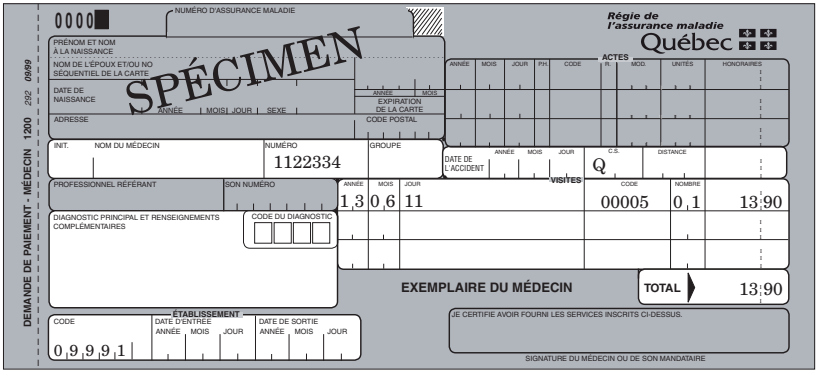


EXEMPLE 2

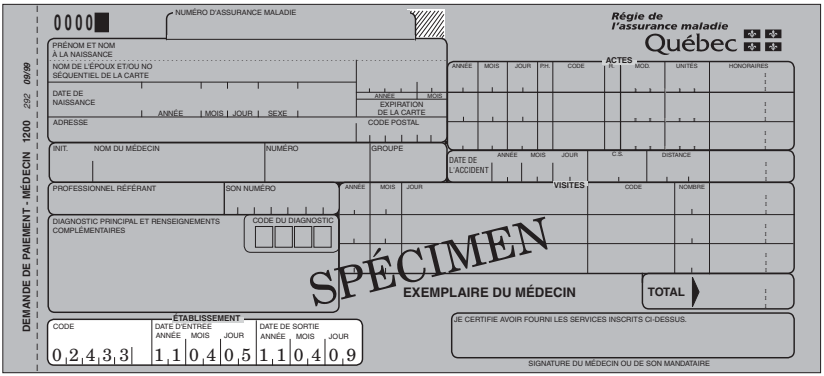
1re demande de paiement



2e demande de paiement



4.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT



CODE : inscrire soit le code **d'établissement, de localité ou de cabinet** selon le cas;

Code d'établissement : Celui-ci est requis lorsque les **services médicaux** incluant les **actes chirurgicaux**, sont rendus dans un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Des codes d'établissement spécifiques identifient les différents types d'établissements; de plus, le dernier chiffre du code prend une valeur différente selon le secteur de l'établissement où les soins ont été rendus. **(voir la signification des codes d'établissement à l'annexe IV (4.6.4), sous le présent onglet)**

Certains codes d'acte, de par leur nomenclature, exigent d'être effectués dans un établissement ou un secteur d'établissement spécifique. Ainsi, lorsque pour une personne assurée, les actes posés exigent des numéros d'établissement différents, utiliser une demande de paiement pour chaque établissement ou secteur d'établissement.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché, sauf s'il s'agit d'un point de service d'un CLSC soumis à une entente particulière.

Le code d'établissement doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, ne pas utiliser le code relatif à une clinique externe.

- DATE D'ENTRÉE, inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.

- DATE DE SORTIE, inscrire la date de sortie de l'établissement (année, mois, jour) s'il y a lieu.

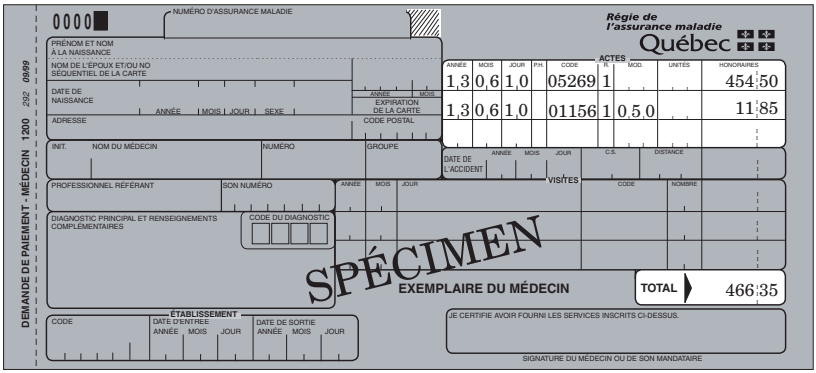
Code de localité : Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement sauf dans le cas d'une clinique médicale qui a obtenu un code de cabinet. Les codes de localité figurent à la fin du présent onglet (voir 4.7.1)

\# ***Remarque :*** Le médecin pratiquant hors du Québec en cabinet doit inscrire le code de localité **60000**.

Code de cabinet : Celui-ci est requis lorsque la clinique médicale où exerce le médecin a obtenu un code de cabinet dans le cadre d'un volet de l'Entente (clinique réseau, GMF, pratique de groupe)

IMPORTANT : Lorsqu'un **acte chirurgical** est effectué en établissement, inscrire le **code d'établissement et non le code de localité** où se situe l'établissement en question.

4.2.6 **SECTION 6** FACTURATION DES ACTES



Les actes autres que les examens, les consultations ou les visites pour lesquels le médecin demande des honoraires. Cependant, les **codes d'examens, de consultations ou de visites** pour lesquels s'applique un **modificateur** doivent être inscrits dans cette section.

Si le médecin réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**. Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- ANNÉE, MOIS, JOUR : date de l'acte (six chiffres);
- Plages horaires (P.H.) :

1) Les plages horaires applicables à la rémunération mixte (EP – Anesthésie (régime C)) et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (a.m.)	2
de 12 h à 17 h (p.m.)	3
de 17 h à 24 h (soir)	4

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.

2) Les plages horaires applicables **seulement** au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII et leur valeur sont les suivantes :

UMF-CH et CLSC à l'exception du programme de santé et sécurité du travail		*Autres secteurs de pratique*	
Plage horaire (P.H.)	Valeur	Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 8 h (nuit)	5	de 0 h à 8 h (nuit)	5
de 8 h à 12 h (a.m.)	6	de 8 h à 12 h (a.m.)	6
de 12 h à 18 h (p.m.)	7	de 12 h à 20 h (p.m.)	7
de 18 h à 24 h (soir)	8	de 20 h à 24 h (soir)	8

L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII ou selon les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 275*, il **doit** inscrire la plage horaire pendant laquelle chaque service est rendu, et ce, dans le secteur de pratique visé de l'établissement désigné où il a été rendu. La plage horaire doit être inscrite **en tout temps**, que cette période soit visée ou non par le mode mixte.

Remarque : Tous les services doivent être facturés dans la section *Actes* de la demande de paiement pour :

- le mode de rémunération mixte (EP n^{O} 10);
- le mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII;
- les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 275*.

- CODE : code de l'acte, quatre ou cinq chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;

- RÔLE : (R : un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'annexe I (4.6.1);

- MODIFICATEUR : (MOD : trois chiffres) : voir l'annexe II (4.6.2) du présent onglet;

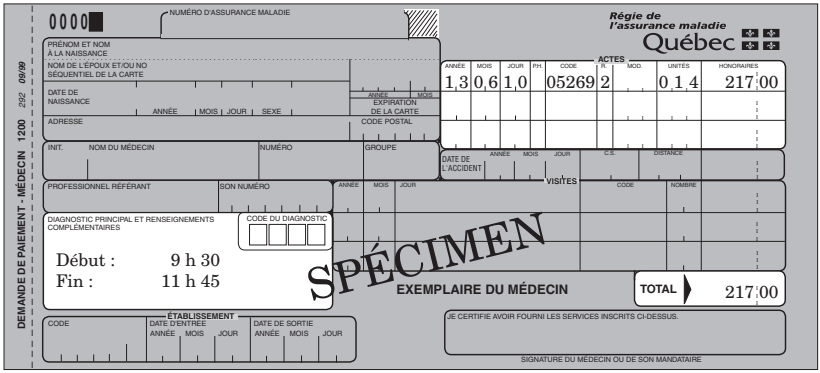
- UNITÉS : (trois chiffres) Pour demander les honoraires :
  - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
  - de l'acte anesthésique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le tableau de correspondance des UNITÉS DE DURÉE figurant à l'onglet *D - Anesthésie - Réanimation*

- HONORAIRES : Les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu des dispositions relatives à la rémunération différente, au modificateur, ainsi qu'au nombre d'unités :
  - de l'acte chirurgical tarifé par centimètre en indiquant le nombre d'unités de mesure (longueur ou surface en centimètres en nombre entier);
  - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance par quart d'heure rémunérable;
  - de la psychothérapie en indiquant la durée par période de quinze (15) minutes supplémentaires.

Remarque : Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 $ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte ni visite.

4.2.6.1 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 2) « anesthésiste principal »

Réf. : Règle 6.03 du préambule particulier de l'anesthésie



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, s'il y a lieu.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis, deux unités, de la 9^{e} à la 19^{e} période (moins de cinq heures). À partir de la 20^{e} période, on calcule trois unités par période.

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : **2** (anesthésiste principal)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

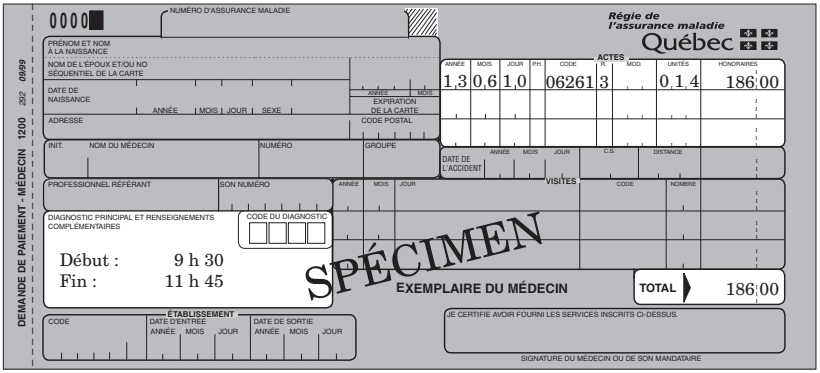
- **Calcul des unités :** *(selon l'exemple ci-dessus)*
  - Code **05269** = **4 unités** de base
  - Durée = 9 h 30 à 11 h 45 = 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
  - Total des unités = 4 + 10 = 14

HONORAIRES : **14 X 15,50 $ = 217 $**

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le « tableau de correspondance » figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésie - Réanimation*.

4.2.6.2 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 3) « collaborateur »

(Règle 10 du préambule particulier de l'anesthésie)



DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

\# RÔLE : 3 (anesthésiste collaborateur)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

L'anesthésiste 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 selon le maximum prévu** et le total des unités de durée.

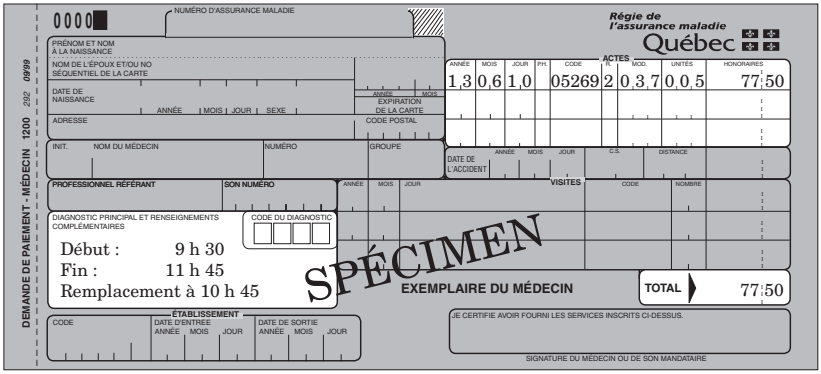
NOTE : *Pour le* ***calcul des unités de durée*** *: voir le* tableau de correspondance*, à la fin de l'onglet* D - Anesthésie - Réanimation*.*

- **Calcul des unités :** *(selon l'exemple ci-dessus)*
  - Code **06261** = 4 unités de base
  - Durée = 9 h 30 à 11 h 45 : 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
  - Total des unités = **4** + **10** = **14** *(base + durée)*

HONORAIRES : **La moitié** des unités de base (maximum de 4) :
2 unités + 10 unités = 12
12 X 15,50 $ = 186 $

4.2.6.3 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod **037**) « remplaçant en cours d'intervention »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 11.02



#

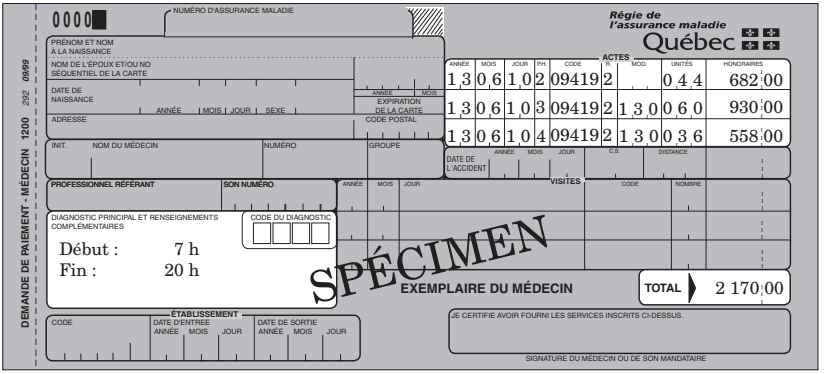
On ne calcule **que les unités de durée**. Pour ce faire, il faut **soustraire des unités totales**, *(base + durée),* **les unités du prédécesseur**.

Dans l'exemple :

14 unités totales - 9 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant. Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

4.2.6.4 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod **130**) « Suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 12.1



INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTARES, inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première plage horaire.

Sur la deuxième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la plage horaire subséquente en utilisant le modificateur **130**.

Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière plage horaire en utilisant le modificateur **130**.

CALCUL DES HONORAIRES :

Code **09419** = 11 unités de base
Durée = 52 quarts d'heures ou 129 unités de durée
Total des unités = 11 unités de base + 129 unités de durée = 140 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (11 unités) + unités de durée de 7 h à 12 h (33 unités) = 44 unités
44 unités X 15,50 $ = 682 $

Honoraires pour la suite de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 17 h (93 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (33 unités) = 60 unités 60 X 15,50 $ = 930 $

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 20 h (129 unités) moins les unités de durée du début de la suite de l'opération (33 + 60 = 93 unités) = 36 unités 36 X 15,50 $ = 558 $

4.2.6.5 SECTION 6 MODIFICATEURS

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

Remarque : Voir section **4.6.2**, ANNEXE II pour la **liste complète** des modificateurs, ainsi que pour les **instructions de facturation** « MODIFICATEURS MULTIPLES ET AUTRES SITUATIONS ».

RÈGLE GÉNÉRALE :

- Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe II. N'inscrire le modificateur **062 ou 099** qu'en l'absence d'un tel modificateur multiple *(*)*.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ANNEXE IX DE L'ENTENTE (art. 5.3) **:**

- Si le modificateur **061** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062***(*)* sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ARTICLE 1.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **096** ou **097** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062***(*)* sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT LE SOUS-PARAGRAPHE 2.2.9 B DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **108** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place – Certains établissements* (EP n^{o} 43), inscrire le modificateur **523**.

- Si le modificateur **413** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place – Certains établissements* (EP n^{o} 43), inscrire le modificateur **872**.

- Si le modificateur **414** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place – Certains établissements* (EP n^{o} 43), inscrire le modificateur **873**.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'*ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS* :

Si le modificateur **105**, **106**, **107**, **401**, **402** ou **403** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062***(*)* sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

(*) Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4.2.6.6 SECTION 6 - Intervention en situation complexe au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré (actes **15064** et **15068**).
Réf. : règle 2.2.6 C point 3) du préambule général.

GÉNÉRALITÉS :

Inscrire dans la section *Actes* le code **15064** ou **15068** en utilisant **une seule ligne** par intervention.

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

Pour la première période de 30 minutes, on alloue **une première unité** dont les honoraires sont de **108 $**. Pour chacune des périodes de 15 minutes suivantes, on alloue **une unité** dont les honoraires sont de **27,30 $**. Le code **15064** a une durée maximale d'intervention de 1 h 30 **(5 unités)**, alors que le code **15068** a une durée maximale de 1 h 45 **(6 unités)**. Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps, même pour la première demi-heure. Il faut inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS.

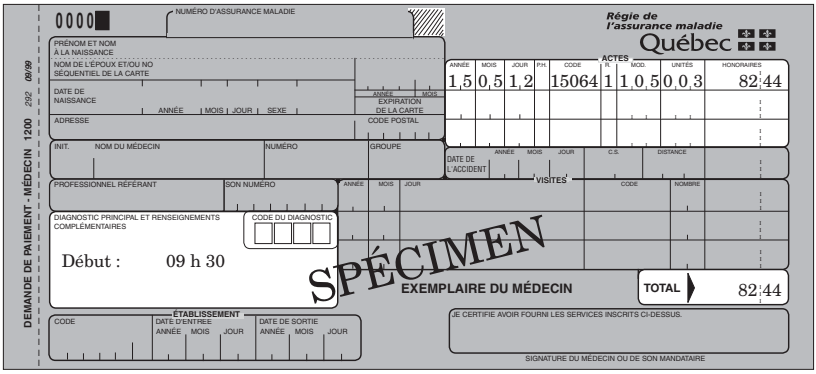
Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

Utiliser le **modificateur 187** si vous effectuez une nouvelle intervention auprès d'un patient **afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence** (le même jour ou le jour suivant le premier séjour).

Si vous effectuez vos interventions au cours de plages horaires ou jours différents, veuillez n'utiliser qu'une seule demande de paiement. Le modificateur applicable au moment de la facturation de la première unité devra être utilisé pour les unités subséquentes. N'utilisez qu'une seule ligne de facturation.

4.2.6.6.1 Intervention auprès d'un patient au service d'urgence d'un établissement désigné à l'EP – Garde sur place - Certains établissements.

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2015-05-12 de 9 h 30 à 10 h 30.



La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

DATE (aa-mm-jj) = 15-05-12

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser qu'une seule ligne de facturation.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1re unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

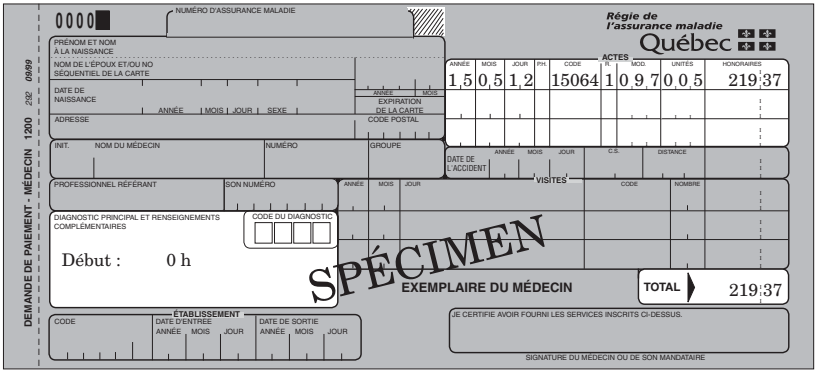
- Durée = 9 h 30 à 10 h 30 = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 2 = 3

HONORAIRES :

(1 unité à 108 $) + (2 unités suivantes à 27,30 $) =
108 $ + 54,60 $ = **162,60 $ X 50,7 % (MOD 105) = 82,44 $**

4.2.6.6.2-A Poursuite d'une intervention le même jour (même séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2015-05-12 de 0 h à 1 h.
Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention le **même jour** de 2 h 30 à 3 h 30.



La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

DATE (aa-mm-jj) = 15-05-12

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser **qu'une seule ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1re unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 0 h à 1 h (1re demi-heure + 2 quarts d'heures) **puis** 2 h 30 à 3 h 30 (4 quarts d'heures) = 2 heures (1 demi-heure et 6 quarts d'heure)
- Total des unités = 7
- Unités **payables** = 1 + 4 = 5 **(maximum de 4 périodes supplémentaires payables selon le P.G. 2.2.6 C) 3)**

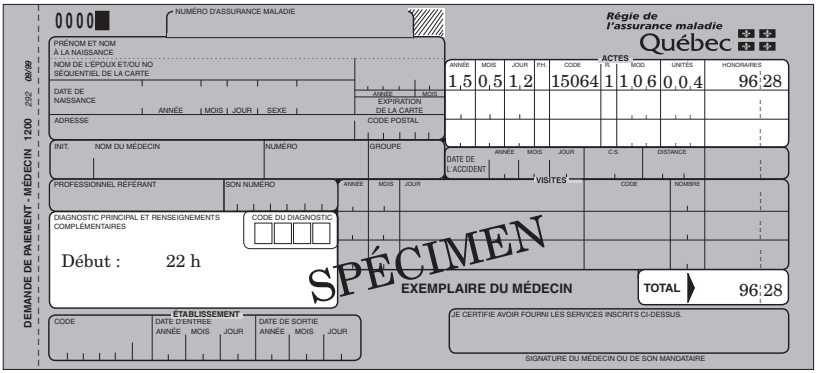
HONORAIRES :

(1 unité à 108 $) + (4 unités suivantes à 27,30 $) =
108 $ + 109,20 $ = **217,20 $ X 101 % (MOD 097) = 219,37 $**

Remarque : Les mêmes instructions de facturation s'appliquent pour le code d'acte **15068**. Toutefois un maximum de 5 périodes supplémentaires sera payable selon le P.G. 2.2.6 C) 3) (maximum de 6 unités au total).

4.2.6.6.2-B Poursuite d'une intervention un jour différent dans un établissement désigné à l'EP – Garde sur place - Certains établissements. (même séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2015-05-12 de 22 h à 23 h.
Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention un **jour différent**, le 2015-05-13, de 2 h 30 à 2 h 45.



La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

DATE (aa-mm-jj) = **15-05-12 uniquement**

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser **qu'une seule ligne pour les 2 périodes d'intervention**.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 22 h à 23 h **puis** 2 h 30 à 2 h 45 = 1 heure 15 minutes
  = 1 demi-heure et 3 quarts d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 3 = 4

HONORAIRES :

(1 unité à 108 $) + (3 unités suivantes à 27,30 $) =
108 $ + 81,90 $ = **189,90 $ X 50,7 % (MOD 106) = 96,28 $**

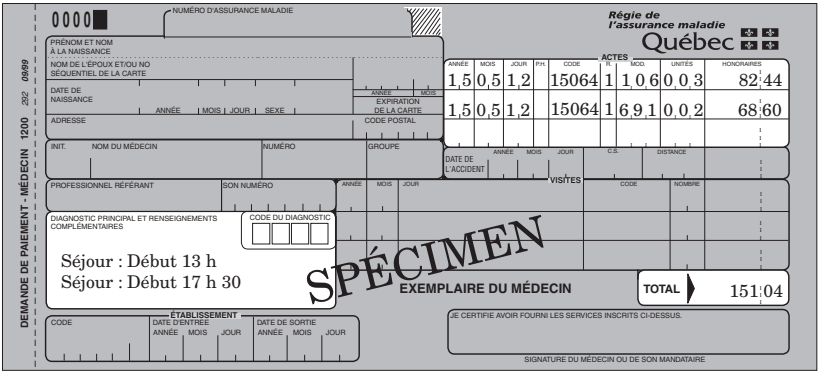
Remarque : Lors de la poursuite d'une intervention le jour suivant, le médecin a le choix de réclamer les unités non utilisées le premier jour ou de réclamer les actes effectués.

Lorsque les unités pour une même intervention sont réclamées sur plus d'une journée, le médecin responsable ne peut réclamer aucun autre acte au cours de ces journées.

4.2.6.6.3 Nouvelle intervention le même jour ou le jour suivant dans un établissement désigné à l'EP – Garde sur place - Certains établissements. (autre séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2015-05-12 de 13 h à 14 h.
Au cours d'un **nouveau séjour à l'urgence**, vous effectuez une **autre** intervention le **même jour (ou le jour suivant)** de 17 h 30 à 18 h 15.

*Utiliser le **modificateur 187** pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.*



La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
inscrire **l'heure de début de la première intervention de chaque séjour.**

DATE (aa-mm-jj) = 15-05-12 (si la nouvelle intervention est le jour suivant, inscrire la date correspondante).

CODE : séjour n^{o} 1 = **15064** et l'inscrire sur **une seule ligne**.
séjour n^{o} 2 = **15064** et l'inscrire sur **une nouvelle ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur multiple approprié **(sur la ligne correspondante à la nouvelle intervention)**. Dans l'exemple, le modificateur applicable au jour et à l'heure de la facturation de la première intervention correspond au MOD **106**. Pour le combiner avec le MOD **187**, on utilise le MOD multiple **691**.

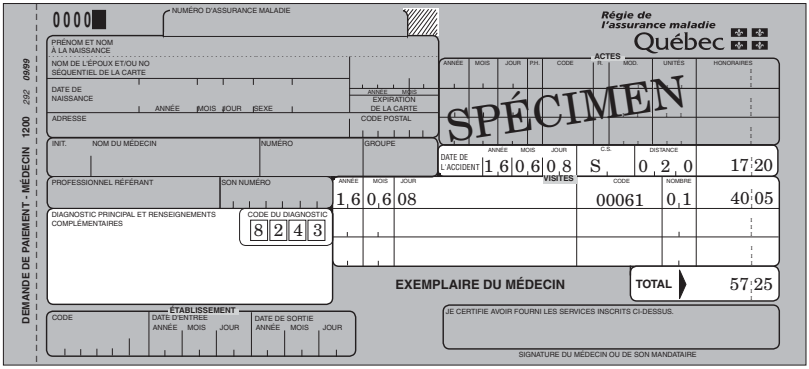
UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités du séjour # 1 :
- Durée Acte n^{o} 1 = 13 h à 14 h = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités payables = 1 + 2 = 3

Calcul des unités du séjour # 2 :
- Durée Acte n^{o} 2 = 17 h 30 à 18 h 15 = 45 minutes = 1 demi-heure et 1 quart d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 1 = 2

HONORAIRES :
- Acte n^{o} 1 = **(1 unité à 108 $) + (2 unités suivantes à 27,30 $)** =
108 $ + 54,60 $ = **162,60 $ X 50,7 % (MOD 106) = 82,44 $**
- Acte n^{o} 2 = **(1 unité à 108 $) + (1 unité suivante à 27,30 $)** =
108 $ + 27,30 $ = **135,30 $ X 50,7 % (MOD 691) = 68,60 $**
- **TOTAL** = 82,44 $ + 68,60 $ = **151,04 $**

4.2.7 SECTION 7 Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif, C.S, distance



#

CONSIDÉRATION SPÉCIALE : inscrire la ou les **lettres appropriées** dans la case **C.S.** lorsque l'une ou plusieurs **des situations prévues à l'annexe III (4.6.3)** sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (article 1.1.2 du préambule général), y inscrire la lettre **« N »**, fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case HONORAIRES.
- Dans tous les autres cas, indiquer par la lettre **« A »** dans la case C.S., la présence de notes explicatives sur la demande de paiement n° 1200, ou sur un document complémentaire.
- Pour les cas de refacturation (lettre **« B »**), voir section 5.5.4 ou 5.6, onglet « Paiement ».
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre **« A »** devient la moins prioritaire. Inscrire les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrire la lettre **« A »** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Toujours mettre la lettre **« S »** dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

1) **CAS DE LA CSST :** Pour les services imputables à la CSST, inscrire la lettre **« S »** dans la case C.S. et dans la case libre à gauche de la case C.S., **la date** de l'accident, ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date où le médecin a complété le formulaire recommandant le retrait préventif auprès de la CSST.

   Si, lors d'une visite, **vous établissez deux diagnostics dont l'un relève de la CSST, vous devez alors obligatoirement inscrire la lettre « S »** dans la case C.S. **et le diagnostic** de la pathologie ou de la lésion relative à la CSST dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (en lettres ou selon le code CIMA dans l'espace approprié de la demande de paiement concernée par ce diagnostic). Si au cours de cette même visite, vous effectuez des actes n'ayant pas de relation avec l'accident de travail (exemple : cure d'hyposensibilisation), **vous devez alors facturer ces actes sur une autre demande de paiement**.

Les codes d'acte non reconnus par la CSST et facturés avec un **« S »** dans la case CS sont refusés et doivent être refacturés **sans** cette considération spéciale spécifique.

Lorsque le même diagnostic figure sur les deux demandes de paiement, la Régie considère qu'il s'agit de services reliés et imputables à la CSST. **Toutefois, l'utilisation de deux demandes de paiement ne doit pas être interprétée comme donnant droit à la facturation de deux examens ou visites.**

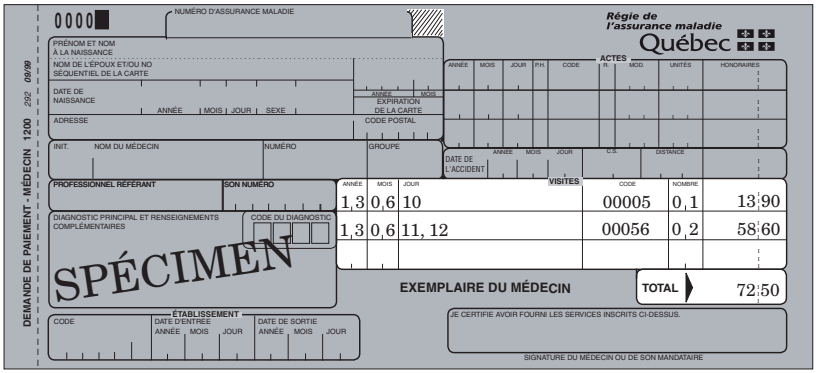
2) **DISTANCE :** indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en **kilomètres dans un sens seulement.** Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'Entente. Cependant, il n'est pas assujetti à l'application de la rémunération différente.

4.2.8 **SECTION 8** VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites (c.-à-d. examens, consultations et visites) **sans modificateur**. Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.

Dans le cas d'une facturation de plus d'une visite de contrôle le même jour, inscrire le même quantième (date) dans la case JOUR, autant de fois que le nombre de visites effectuées.

Ne jamais remplir la case JOUR d'une autre façon que celle illustrée dans l'exemple.



Si le médecin réclame les honoraires d'un seul **code d'acte**, il doit l'inscrire sur la **première ligne**.

Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants :

- ANNÉE, MOIS, JOUR : la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantièmes (dates) sont inscrits dans la case JOUR; **un maximum de sept quantièmes (dates) par ligne peut y être inscrit**;
- CODE : le code de l'acte;
- NOMBRE : le nombre de jours à inscrire dans cette case doit correspondre au(x) quantième(s) (date(s)) mentionné(s) dans la case JOUR;
- HONORAIRES : les honoraires correspondant soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

4.2.9 **SECTION 9** TOTAL DES HONORAIRES

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

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

4.2.10 **SECTION 10** SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec l'article 4.02 du règlement n^{o} 1 concernant la *Loi sur l'assurance maladie*. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

\# ***Remarque :*** Les estampes ainsi que l'écriture en lettres détachées ne sont pas acceptées.

4.3 EXPÉDITION

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

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement.

Ne pas surcharger les enveloppes.

Affranchir suffisamment.

Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Expédier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(Formulaire n° 1800)

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

0000■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU
NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE
EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS
ADRESSE CODE POSTAL
INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

ACTES
ANNÉE MOIS JOUR PH CODE R. MOD. UNITÉS HONORAIRES
DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE
VISITES ANNÉE MOIS JOUR CODE NOMBRE

SPÉCIMEN

TOTAL

ÉTABLISSEMENT CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

1) **Vérifiez** que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
2) **Trouvez**, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
3) **Remplissez** les sections ADRESSE et SIGNATURE.
4) **Envoyez** ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- **Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** → Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** → Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Votre carte d'assurance maladie est expirée :**
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :**
- **Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :**

→ Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso afin de déterminer les actions à entreprendre dans votre situation.

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes inaptes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne inapte et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée
NOM
PRÉNOM
NUMÉRO RUE
APP. VILLE
PROVINCE Québec CODE POSTAL

Adresse pour l'envoi du chèque
☐ MÊME ☐ PERSONNE RESPONSABLE ☐ INSTITUTION RESPONSABLE
NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE
NUMÉRO RUE
APP. VILLE
PROVINCE CODE POSTAL

Signature de la personne assurée
Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X
DATE ANNÉE MOIS JOUR
Si vous faites la demande pour une **autre personne que vous**, indiquez à quel titre vous la faites : MÈRE ☐ PÈRE ☐ AUTRE : ☐
NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES
TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉGIONAL
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉGIONAL

1800 *292 06/11*

4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE

: voir la brochure Services de laboratoire en établissement et l'onglet Formulaires du présent manuel.

4.6 ANNEXES (I À V)

4.6.1 ANNEXE I - LISTE DES RÔLES

RÔLE **1** : Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue une consultation en radiologie
RÔLE **2** : Anesthésiste
RÔLE **3** : Anesthésiste collaborateur
RÔLE **4** : Médecin assistant
RÔLE **7** : Médecin responsable des composantes techniques et professionnelles pour radiologie, audiométrie et les épreuves de fonction respiratoire
RÔLE **8** : Médecin responsable de l'interprétation seulement, pour audiométrie; pneumologue responsable de l'interprétation des épreuves de fonction respiratoire.

4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS

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

ENTENTE
Annexe V *(Entente, dans le présent manuel)*
Préambule général

RÈGLE **1.4** :
- Actes réclamés entre 20 h à 24 h, lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée . . . . . **MOD 096**
- Actes réclamés pour une période de garde de 0 h à 8 h lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée . . . . . **MOD 097**
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier de 0 h à 8 h . . . . . **MOD 381**

RÈGLE **2.2.9 A i**) : Majoration d'honoraires de 13 % des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faites dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise ou hébergée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **les lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h**, **à l'exception d'un jour férié**. Sont visés par cette disposition les visites, examens psychiatriques, consultations psychiatriques, suppléments d'honoraires pour déplacement, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » . . . . . **MOD 408**

RÈGLE **2.2.9 A ii**) : Majoration d'honoraires de 23 % des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faites dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise ou hébergée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'un jour férié.** Sont visés par cette disposition les visites, examens psychiatriques, consultations psychiatriques, suppléments d'honoraires pour déplacement, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » . . . . . **MOD 409**

RÈGLE **2.2.9 A iii**) : Majoration d'honoraires de 23 % des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faites dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise ou hébergée dans un CHSGS (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un CH de soins psychiatriques, dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse, **les samedi, dimanche ou jour férié.** Sont visés par cette disposition les visites, examens psychiatriques, consultations psychiatriques, suppléments d'honoraires pour déplacement, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit . . . . . **MOD 045**

RÈGLE **2.2.9 A iv**) : Majoration d'honoraires de 30 % des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faites dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise **dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS**, **les samedi, dimanche ou jour férié.** Sont visés par cette disposition les visites, examens psychiatriques, consultations psychiatriques, suppléments d'honoraires pour déplacement, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit et les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens . . . . . **MOD 069**

RÈGLE **2.2.9 B i**) : Majoration de 13 % de tous les services dispensés **le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h**, à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré . . . . . **MOD 413**

RÈGLE **2.2.9 B ii**) : Majoration de 23 % de tous les services dispensés **le vendredi de 20 h à 24 h**, à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré . . . . . **MOD 414**

RÈGLE **2.2.9 B iii**) : Majoration de 30 % de tous les services dispensés **les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h** dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré . . . . . **MOD 108**

RÈGLE **2.2.9 B iv**) : Majoration de 13 % de tous les services dispensés sur place tous les jours de **0 h à 8 h**, dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré . . . . . **MOD 415**

RÈGLE **2.4.7.3 A** :
- Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable, dans le cas d'un service médical immédiatement requis, pour une assistance chirurgicale les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h . . . . . **MOD 011**
- Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h . . . . . **MOD 175**

RÈGLE **2.4.7.3 B** :
- Supplément de 113 % des honoraires pour une anesthésie dispensée de 0h à 7h, tous les jours. . . . . **MOD 128**
- Supplément de 63 % des honoraires pour une anesthésie dispensée les samedi, dimanche ou journée fériée de 7 h à 24 h et tout autre jour de 19 h à 24 h . . . . . **MOD 129**

RÈGLE **2.4.7.3 C** :
- Majoration d'honoraires de 13 % pour certains services rendus auprès d'une personne admise ou hébergée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, les lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'un jour férié. Sont visés par cette disposition les actes portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C » . . . . . **MOD 408**
- Majoration d'honoraires de 23 % pour certains services rendus auprès d'une personne admise ou hébergée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'un jour férié. Sont visés par cette disposition les actes portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C ». . . . . **MOD 409**
- Majoration d'honoraires de 23 % pour certains services rendus auprès d'une personne admise ou hébergée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, les samedi, dimanche ou jour férié. Sont visés par cette disposition les actes portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C » . . . . . **MOD 045**
- Majoration d'honoraires de 30 % pour certains services rendus auprès d'une personne admise dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, les samedi, dimanche ou jour férié. Sont visés par cette disposition les actes portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C » ainsi que les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens. . . . . **MOD 069**

RÈGLE **2.4.7.10** : Prime de responsabilité de 15,6 % applicable sur tous les services dispensés au sein d'un centre de détention. . . . . **MOD 015**

RÈGLE **2.9** : Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans
- En médecine et chirurgie . . . . . **MOD 060**

Consultation, examen et visite

ACTES MÉDICAUX **(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 *(annexe XIII)* . . . . . **MOD 032**

INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXE : Indique qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence. . . . . **MOD 187**
Remarque : *Le modificateur 187 doit s'inscrire seulement sur la ligne correspondant à la nouvelle intervention auprès d'un patient.*

Actes diagnostiques et thérapeutiques

ARTICLE **1.3** du Préambule particulier : Plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique au cours d'un examen, d'une consultation ou d'une visite. **MOD 050**

ACTES MÉDICAUX :
- *Traitement physiatrique :* Plus d'un traitement effectué au cours d'une même séance. Le premier est facturé selon le maximum prévu et les honoraires pour les subséquents sont de 0 $ *(voir **Lettre d'entente n^{o} 8**, brochure n^{o} 1)*. . . . . **MOD 035**
- *Blocage thérapeutique :* avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques . . . . . **MOD 052**
- *Angiographie :* en vue de l'étude d'un pontage artériel et/ou de fistules artério-veineuses . . . . . **MOD 016**

Anesthésie - réanimation

ARTICLE **7.00** du Préambule particulier : lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. . . . . **MOD 047**

ARTICLE **11.00** du Préambule particulier : médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique . . . . . **MOD 037**

ACTES MÉDICAUX : lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie . . . . . **MOD 036**

\# ARTICLE **16.01** du Préambule particulier : Majoration d'honoraires de 50 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services anesthésiques pour les enfants âgés de moins de 2 ans . . . . . **MOD 428**

\# ARTICLE **16.01** du Préambule particulier : Majoration d'honoraires de 25 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement . . . . . **MOD 429**

\# ARTICLE **16.01** du Préambule particulier : Majoration d'honoraires de 25 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques pour les patients âgés de 70 ans ou plus. . . . . **MOD 430**

Chirurgie - préambule particulier

ARTICLE **2** - Examens, consultations ou visites :
Pour les examens, consultations ou visites du médecin qui effectue une chirurgie à une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour. . . . . **MOD 179**

ARTICLE **4** - Soins simultanés . . . . . **MOD 022**

ARTICLE **5** - Soins post-opératoires :
- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires . . . . . **MOD 024**
- Le médecin qui donne les soins postopératoires . . . . . **MOD 025**

ARTICLE **8** - Chirurgies multiples :
Plusieurs actes chirurgicaux chez un même malade, par le même chirurgien, au cours d'une même séance . . . . . **MOD 050**

Peau - phanères

ACTES MÉDICAUX : Losque la cryothérapie, la chimiothérapie pour le traitement d'une verrue est faite au **laser** . . . . . **MOD 056**

Musculo-squelettique - préambule particulier

PARAGRAPHE **2.04** :
- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires . . . . . **MOD 024**
- Le médecin qui donne les soins postopératoires . . . . . **MOD 025**
- Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant . . . . . **MOD 027**

PARAGRAPHE **2.05** :
- Fracture de plusieurs os majeurs . . . . . **MOD 010**
- Fractures d'un os majeur ou d'un os mineur ou plusieurs os mineurs. . . **MOD 050**
- Deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par voies d'approche différentes . . **MOD 049**
- Deux fractures sont en relation avec une articulation . . . . . **MOD 029**

PARAGRAPHE **2.06** :
- Traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte . . . . . **MOD 039**
- S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments . . . . . **MOD 020**

PARAGRAPHE **2.09** :
- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . . **MOD 030**
- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . . **MOD 064**
- Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirugie de reconstruction. . . . . **MOD 169**

PARAGRAPHE **2.13** :
- Toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales au niveau des membres, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre . . . . . **MOD 134**
- Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure) . . . . . **MOD 150**

PARAGRAPHE **2.14** :
- Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée . . **MOD 172**

AUTRES ACTES MÉDICAUX
- Attelles fabriquées à l'hôpital . . . . . **MOD 067**
- Réductions ouvertes (fracture de la colonne)
  - Avec lésion neurologique . . . . . **MOD 057**
  - Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin . . . . . **MOD 058**
  - Temps chirurgical autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin . . . . . **MOD 059**

Système cardiaque

Supplément de 340 $ lors d'une chirurgie valvulaire pour l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum . . . . . **MOD 140**

Génital mâle

Vasectomie *(code **06232**)*, composante technique en **cabinet** privé . . . . **MOD 053**

Obstétrique

ARTICLE **4** du préambule particulier :
- Plus d'un médecin qui donne les soins post-partum (50 % de l'honoraires global) . . . . . **MOD 382**
- Le médecin qui donne les soins postopératoires . . . . . **MOD 025**

ARTICLE **10** - Mentorat. . . . . **MOD 400**

ARTICLE **11** - Partage de la rémunération de l'accouchement ou de l'ensemble des soins (2/3 du tarif) . . . . . **MOD 383**

Radiologie diagnostique

RÈGLE **3** du Préambule particulier : radiographies de régions bilatérales faites pour étude non comparative . . . . . **MOD 074**

RÈGLES **7, 8, 10, 11 et 17** du Préambule particulier : Présence d'informations dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée. . . . . **MOD 009**

ANGIORADIOLOGIE (TECHNIQUE) Services rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans . . . . . **MOD 066**

ACTES MÉDICAUX : 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**
- En cabinet. . . . . **MOD 008**

Annexe IX, Par. 5.3 *(Entente, Brochure n^{o} 1)*
- Dans un **service d'urgence** d'un CLSC du réseau de garde intégré, sauf lorsque le modificateur 096, 097,105, 106, 107, 401, 402 ou 403 s'applique . . . . . **MOD 061**
- Si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106, 107, 401, 402 ou 403 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si un modificateur multiple peut être utilisé . . . . . **MOD 062**

Annexe XVIII : *(Entente, Brochure n^{o} 1)*
Paragraphe 2.01
- Rémunération à 46,60 % du tarif . . . . . **MOD 125**

Paragraphe 3.01a
- Rémunération à 46,60 % du tarif . . . . . **MOD 171**

Annexe XX : *(Entente, Brochure n^{o} 1)*
Paragraphe 4.01
- Majoration de 13 % sur le services dispensés du lundi au jeudi, de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée . . . . . **MOD 410**
- Majoration de 23 % sur les services dispensés le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée . . . . . **MOD 411**
- Majoration de 23 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h. . . . . **MOD 046**
- Majoration de 30 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau (lieu physique unique) . . . . . **MOD 412**

Annexe XXIII : *(Entente, Brochure n^{o} 1)*
Annexe I

Section A

Paragraphe 3.3.1 i) : Majoration d'honoraires de 13 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 8 h à l'exception d'un jour férié** . . . . . **MOD 110**

Paragraphe 3.3.1 i) : Majoration d'honoraires de 13 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **vendredi, samedi, dimanche ou jour férié de 0 h à 8 h** . . . . . **MOD 113**

Paragraphe 3.3.1 ii) : Majoration d'honoraires de 23 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés le **vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié** . . . . . **MOD 111**

Paragraphe 3.3.1 iii) : Majoration d'honoraires de 23 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h** . . . . . **MOD 112**

Section B

\# **Paragraphe 4.1 :** Majoration de 20,45 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 156**

\# **Paragraphe 4.2 :** Majoration de 36,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 157**

\# **Paragraphe 4.3 :** Majoration de 36,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h . . . . . **MOD 158**

\# **Paragraphe 4.4 :** Majoration de 47,18 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services au sans rendez-vous d'une clinique réseau . . . . . **MOD 159**

Section B-1

Article 1 : Services relatifs au programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que dans le cadre du programme jeunesse ou relatifs au programme d'interruption volontaire de grossesse . . . . . **MOD 154**

Article 2 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC au sans rendez-vous relatifs aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle . **MOD 001**

Article 3 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC pour les activités d'interruption volontaire de grossesse . . . . . **MOD 002**

Section B-2

Article 1 : Services relatifs aux unités de médecine familiale . . . . . **MOD 155**

Article 4 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus au sans rendez-vous en unité de médecine familiale (CLSC et CH) . . . . . **MOD 004**

\# **Section C-1**

\# **Paragraphe 3.1 :** Majoration de 23,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 440**

\# **Paragraphe 3.2 :** Majoration de 40,75 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 441**

\# **Paragraphe 3.3 :** Majoration de 40,75 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h . . . . . **MOD 442**

\# **Section C-2**

\# **Paragraphe 3.1 :** Majoration de 23,84 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié . . . **MOD 443**

\# **Paragraphe 3.2 :** Majoration de 42,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 444**

\# **Paragraphe 3.3 :** Majoration de 42,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h . . . . . **MOD 445**

Section C-4

Paragraphe 3.1 : Majoration de 18,53 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié. . . . . **MOD 147**

Paragraphe 3.2 : Majoration de 32,78 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié. . . . . **MOD 148**

Paragraphe 3.3 : Majoration de 32,78 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h. . . . . **MOD 149**

\# **Section D-1**

\# **Paragraphe 3.1 :** Majoration de 22,63 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié . . . . . **MOD 446**

\# **Paragraphe 3.2 :** Majoration de 40,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié. . . . . **MOD 447**

\# **Paragraphe 3.3 :** Majoration de 40,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h. . . . . **MOD 448**

LETTRES D'ENTENTE *(voir Brochure n^{o} 1)*

N^{o} 131 : Stage de ressourcement (pour compenser les frais de cabinet)
- Majoration de 198 $ par journée de stage. . . . . **MOD 152**
- Majoration de 99 $ par demi-journée de stage . . . . . **MOD 153**

N^{o} 188 : ÉVAQ - Stage de ressourcement ou formation en néonatalogie (pour compenser les frais de cabinet)
- Majoration de 198 $ par journée de stage. . . . . **MOD 122**
- Majoration de 99 $ par demi-journée de stage . . . . . **MOD 123**

N^{o} 223 : La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens
- Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès . . . . . **MOD 990**
- Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle . . . . . **MOD 991**
- Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction . . . . . **MOD 993**
- Pour déterminer la décision qui devrait être prise dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé . . . . **MOD 994**
- Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé . . . . . **MOD 996**

ENTENTES PARTICULIÈRES *(voir Brochure n^{o} 1)*

Garde sur place – Certains établissements
Régime A
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h. . . . . **MOD 106**
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h . . . . . **MOD 105**
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h). . . . . **MOD 107**
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier. . . . . **MOD 381**

Régime B
- Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h . . . . . **MOD 401**
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h. . . . . **MOD 402**
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h). . . . . **MOD 403**

Malades admis - CHSGS
- Rémunération à 46,60 % du tarif - Régime A (paragraphes 4.02 et 4.03) **MOD 126**
- Majoration de 23 % du forfait (paragraphe 4.09.1 et P.G. règle 2.2.9 A) **MOD 045**
- Majoration de 10 % du forfait régulier : Régime A (09778), Régime B (19018). Situation de pénurie d'effectifs . . . . . **MOD 145**
- Rémunération à 77,80 % du tarif - Régime B (paragraphes 4.02 et 4.03) **MOD 151**

Anesthésie
- Pour les services rendus dans un service d'urgence en semaine de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h, à l'exception des jours fériés. . . . . **MOD 028**
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte . . . . . **MOD 116**
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte . . . . . **MOD 130**

Clinique réseau
- Services médicaux dispensés durant une période de garde **sans rendez-vous** (paragraphes 3.01 e) et f)) **MOD 176**
- Services médicaux dispensés **sur rendez-vous** (article 3.01 g)) . . . . . **MOD 180**

Soins intensifs ou coronariens
- Rémunération à 45 % du tarif (paragraphes 5.05 et 5.06) . . . . . **MOD 177**

Centre de médecine de jour
Rémunération à 65 % du tarif (paragraphe 5.02) . . . . . **MOD 190**
Rémunération à 45 % du tarif (paragraphe 5.02) . . . . . **MOD 191**

Unité de décision clinique
Établissement adhérant au Régime A
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h . . . . . **MOD 106**
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. . . . . **MOD 105**
- En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (au-delà de 24 h) . . . **MOD 107**

Établissement adhérant au Régime B
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. . . . . **MOD 406**
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 h ou au-delà de 24 h en tout temps. **MOD 407**

Médecine de famille / Prise en charge / Suivi de la clientèle
- Pour la facturation **des modalités de compensation des frais de cabinet**, afin d'identifier que le professionnel exerce dans le cadre des services **sans rendez-vous d'un GMF** (paragraphe 14.1 c)) . . . . . **MOD 160**

AUTRES MODIFICATEURS

- Sites anatomiques différents . . . . . **MOD 093**
- Séances différentes . . . . . **MOD 094**
- Sites anatomiques différents **et** séances différentes . . . . . **MOD 095**

Remarque : L'un des modificateurs appropriés (093, 094 ou 095) s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés.

- Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte, sauf **MOD 062**, ci-dessus **ou** un des modificateurs multiples de la liste à la page suivante *(*)* . . . . . **MOD 099**

(*) **Instructions de facturation -** Modificateurs 062 **ou** 099

1. Inscrire le modificateur 062 **ou** 099;
2. Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation des modificateurs;
3. Indiquer les modificateurs visés à la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

MODIFICATEURS MULTIPLES

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
001 - 046	876	1,2300
001 - 046 - 094	774	1,2300
001 - 094	879	1,0000
001 - 410	882	1,1300
001 - 410 - 094	777	1,1300
001 - 411	885	1,2300
001 - 411 - 094	780	1,2300
001 - 412	888	1,3000
001 - 412 - 094	783	1,3000
002 - 046	877	1,2300
002 - 046 - 094	775	1,2300
002 - 094	880	1,0000
002 - 410	883	1,1300
002 - 410 - 094	778	1,1300
002 - 411	886	1,2300
002 - 411 - 094	781	1,2300
002 - 412	889	1,3000
002 - 412 - 094	784	1,3000
004 - 046	878	1,2300
004 - 046 - 094	776	1,2300
004 - 094	881	1,0000
004 - 410	884	1,1300
004 - 410 - 094	779	1,1300
004 - 411	887	1,2300
004 - 411 - 094	782	1,2300
004 - 412	890	1,3000
004 - 412 - 094	785	1,3000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
015 - 094	805	1,1560
022 - 408	710	1,1300
022 - 409	719	1,2300
045 - 022	550	1,2300
045 - 094	226	1,2300
045 - 094 - 097	318	1,2423
045 - 094 - 125	305	0,5731
045 - 094 - 126	306	0,5731
045 - 094 - 151	312	0,9569
045 - 094 - 179	357	1,2300
045 - 097	551	1,2423
045 - 125	269	0,5731
045 - 126	273	0,5731
045 - 145	553	1,3530
045 - 151	295	0,9569
045 - 171	216	0,5731
045 - 177	653	0,5535
045 - 179	803	1,2300
046 - 050	253	0,6150
046 - 093	656	1,2300
046 - 094	225	1,2300
046 - 094 - 180	348	1,2300
046 - 179	600	1,2300
046 - 180	649	1,2300
050 - 093	086	0,5000
050 - 097	546	0,5050
050 - 097 - 415	759	0,5707
050 - 105	547	0,2535
050 - 106	548	0,2535

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 - 106 - 108	307	0,3296
050 - 106 - 413	343	0,2865
050 - 106 - 414	344	0,3118
050 - 108	275	0,6500
050 - 108 - 402	380	0,5057
050 - 126	270	0,2330
050 - 176	633	0,5000
050 - 176 - 412	397	0,6500
050 - 177	632	0,2250
050 - 180	654	0,5000
050 - 401	826	0,3890
050 - 402	827	0,3890
050 - 403	828	0,3890
050 - 410	855	0,5650
050 - 411	856	0,6150
050 - 413	867	0,5650
050 - 414	868	0,6150
050 - 415	869	0,5650
061 - 094	210	1,0000
061 - 094 - 108	313	1,3000
061 - 094 - 413	750	1,1300
061 - 094 - 414	751	1,2300
061 - 108	523	1,3000
061 - 413	872	1,1300
061 - 414	873	1,2300
069 - 094	646	1,3000
069 - 126	648	0,6058
069 - 179	809	1,3000
093 - 094	095	1,0000
093 - 094 - 180	322	1,0000
093 - 169	524	+114,00 $ *(**)*
093 - 175	595	1,4600
093 - 176	634	1,0000
093 - 180	650	1,0000
094 - 096	213	0,5320
094 - 096 - 108	309	0,6916
094 - 096 - 413	345	0,6012
094 - 096 - 414	346	0,6544
094 - 097	214	1,0100
094 - 097 - 179	330	1,0100
094 - 097 - 415	761	1,1413
094 - 097 - 179 - 415	925	1,1413
094 - 105	234	0,5070
094 - 105 - 179	331	0,5070
094 - 106	235	0,5070
094 - 106 - 108	300	0,6591
094 - 106 - 108 - 179	917	0,6591
094 - 106 - 179	332	0,5070
094 - 106 - 179 - 413	921	0,5729
094 - 106 - 179 - 414	922	0,6236
094 - 106 - 413	341	0,5729
094 - 106 - 414	342	0,6236
094 - 107	236	0,5070
094 - 107 - 415	763	0,5729
094 - 108	274	1,3000

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

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 - 108 - 179	333	1,3000
094 - 108 - 179 - 402	920	1,0114
094 - 108 - 402	384	1,0114
094 - 108 - 407	765	1,1050
094 - 125	268	0,4660
094 - 126	272	0,4660
094 - 126 - 408	391	0,5265
094 - 126 - 409	394	0,5731
094 - 147	747	1,1853
094 - 148	748	1,3278
094 - 149	749	1,3278
094 - 151	294	0,7780
094 - 169	525	+114,00 $ *(**)*
094 - 171	215	0,4660
094 - 172	573	0,5000
094 - 175	596	1,4600
094 - 176	635	1,0000
094 - 176 - 410	395	1,1300
094 - 176 - 411	396	1,2300
094 - 176 - 412	398	1,3000
094 - 177	637	0,4500
094 - 179	647	1,0000
094 - 179 - 401	385	0,7780
094 - 179 - 402	386	0,7780
094 - 179 - 402 - 413	923	0,8791
094 - 179 - 402 - 414	924	0,9569
094 - 179 - 413	754	1,1300
094 - 179 - 414	755	1,2300
094 - 179 - 415	756	1,1300
094 - 180	651	1,0000
094 - 190	806	0,6500
094 - 401	829	0,7780
094 - 402	830	0,7780
094 - 402 - 413	757	0,8791
094 - 402 - 414	758	0,9569
094 - 403	831	0,7780
094 - 403- 415	764	0,8791
094 - 406	819	0,8500
094 - 408	714	1,1300
094 - 409	723	1,2300
094 - 410	853	1,1300
094 - 411	854	1,2300
094 - 413	864	1,1300
094 - 414	865	1,2300
094 - 415	866	1,1300
094 - 440	500	1,2303
094 - 441	501	1,4075
094 - 442	502	1,4075
094 - 443	503	1,2384
094 - 444	504	1,4217
094 - 445	505	1,4217
094 - 446	506	1,2363
094 - 447	507	1,4003
094 - 448	508	1,4003

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

	Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
	096 - 108	278	0,6916
	096 - 413	870	0,6011
	096 - 414	871	0,6544
	097 - 179	200	1,0100
	097 - 179 - 415	762	1,1413
	097 - 187	698	1,0100
	097 - 187 - 415	760	1,1413
	097 - 415	711	1,1413
	096 - 108	278	0,6916
	096 - 413	870	0,6011
	105 - 179	201	0,5070
	105 - 187	690	0,5070
	106 - 108	237	0,6591
	106 - 108 - 179	329	0,6591
	106 - 108 - 187	372	0,6591
	106 - 179	202	0,5070
	106 - 179 - 413	752	0,5729
	106 - 179 - 414	753	0,6236
	106 - 187	691	0,5070
	106 - 413	862	0,5729
	106 - 414	863	0,6236
	107 - 415	818	0,5729
	108 - 179	203	1,3000
	108 - 187	693	1,3000
	108 - 381	662	1,3000
	108 - 402	832	1,0114
	108 - 179 - 402	387	1,0114
	108 - 187 - 402	388	1,0114
	108 - 407	837	1,1050
	116 - 428	738	1,5000
	116 - 429	739	1,2500
	116 - 430	740	1,2500
	125 - 408	715	0,5265
	125 - 409	724	0,5731
	126 - 408	716	0,5265
	126 - 409	725	0,5731
	128 - 428	741	3,1950
	128 - 429	742	2,6625
	128 - 430	743	2,6625
	129 - 428	744	2,4450
	129 - 429	745	2,0375
	129 - 430	746	2,0375
	151 - 408	718	0,8791
	151 - 409	727	0,9569
#	154 - 156	891	1,2045
#	154 - 157	892	1,3617
#	154 - 158	893	1,3617
#	154 - 159	894	1,4718
	154 - 094	817	1,0000
#	154 - 156 - 094	766	1,2045
#	154 - 157 - 094	767	1,3617
#	154 - 158 - 094	768	1,3617
#	154 - 159 - 094	769	1,4718

	Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
#	155 - 156	895	1,2045
#	155 - 157	896	1,3617
#	155 - 158	897	1,3617
#	155 - 159	898	1,4718
	155 - 094	899	1,0000
#	155 - 156 - 094	770	1,2045
#	155 - 157 - 094	771	1,3617
#	155 - 158 - 094	772	1,3617
#	155 - 159 - 094	773	1,4718
	176 - 179	660	1,0000
	176 - 179 - 412	399	1,3000
	176 - 410	859	1,1300
	176 - 411	860	1,2300
	176 - 412	861	1,3000
	179 - 180	661	1,0000
	179 - 401	833	0,7780
	179 - 402	834	0,7780
	179 - 408	810	1,1300
	179 - 409	811	1,2300
	179 - 413	813	1,1300
	179 - 414	814	1,2300
	179 - 415	815	1,1300
	187 - 401	835	0,7780
	187 - 402	836	0,7780
	180 - 410	857	1,1300
	180 - 411	858	1,2300
	402 - 413	874	0,8791
	402 - 414	875	0,9569
	403 - 415	816	0,8791
	Autres combinaisons	062, 099 *(*)*	à calculer

(*) : Pour les modificateurs 062 et 099 voir les instructions de facturation à la section 4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS.

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

Instructions de facturation (lorsque plus d'un modificateur s'applique)

1. Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 050 - 093);
2. Inscrire le modificateur multiple (ex. : 086) sur la ligne de service;
3. Multiplier les honoraires de l'acte par la constante, le cas échéant (ex. : 0,50);
4. Inscrire le résultat de la multiplication dans la case *HONORAIRES*.

4.6.3 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, dans les cas suivants :

- âgée de moins d'un an;
- 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;
- âgée de plus de 14 ans, mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.

D : Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie **SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence,** dans les cas suivants :

- **personne assurée** requérant des soins urgents;
- à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
- s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée.

E : Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité ou en période de disponibilité selon les modalités de l'annexe XXIII, lorsque rémunérés à l'acte, et ce, tel que spécifié à l'Entente, notamment dans certains accords et ententes particulières.

F : Services rendus par un médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte avec honoraires fixes, qui choisit d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragraphe 2.15), à l'une des conditions suivantes :

- que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées;
- que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées et qu'il ait cumulé un minimum de 220 heures additionnelles durant l'année civile selon les dispositions du paragraphe 15.01 b) de l'Entente.

G : Services payables à 100 % dans les situations suivantes :

Nouveau-né :

Soins immédiatement requis auprès du nouveau-né lorsque son état de santé change entre le jour de sa naissance et un jour subséquent *(voir l'article 2.4.3 du préambule général)*.

Unité de soins coronariens ou intensifs :

En sus du montant du forfait, notamment pour les soins rendus exceptionnellement par un autre médecin que celui qui a la charge du patient à l'unité de soins coronariens ou intensifs, et ce, pour des raisons urgentes et en cas d'absence temporaire du médecin. *(Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, articles 4.05 et 5.05 c))*

G : (Suite) Services payables à 100 % dans les situations suivantes :

Service d'urgence :

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin doit se rendre au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence. *(E P – Garde sur place à l'urgence, articles 3.02 et 4.04)*

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence non visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin ayant opté pour la rémunération prévue à 1.4 b) du Préambule général (forfait et pourcentage des actes) doit retourner au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence.

H : Rémunération à l'acte pour le médecin qui rend des soins simultanés *(Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, article 4.04)*

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

J : Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

N :
- Demande d'honoraires additionnels *(voir l'article 1.1.2 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 instructions de facturation, section 3)*

S : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST *(voir les instructions de facturation à la section 4.2.7)*

W : Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

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

4.6.4 ANNEXE IV - NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I LE NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT (5 CHIFFRES), SE COMPOSE COMME SUIT :
- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement.
- 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	Département de toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, EP – Centre de médecine de jour, etc.
	4XXX0	Unité de soins palliatifs
	0XXX1	Clinique externe
	0XXX2	Unité de soins de courte durée gériatriques, services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
	0XXX3	Unité de soins généraux et spécialisés
	0XXX4	Unité d'hébergement et de soins de longue durée
	0XXX6	Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (régime A)
	4XXX6	Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (régime B) EP – Soins intensifs ou coronariens
	0XXX7	Clinique d'urgence
	4XXX7	Unité de décision clinique
	0XXX8	Département de psychiatrie
	4XXX1	Unité de médecine familiale
• Centres d'hébergement et de soins de longue durée :	0XXX4	CHSLD (Section chronique)
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
• Centres de réadaptation :	1XXX3	Centre de réadaptation physique
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
• Centres locaux de services communautaires :	9XXX2	CLSC
	8XXX5	Point de service de certains CLSC

B- Autres établissements au Québec

• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
# • Centres intégrés ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux :	944XX	CISSS, CIUSSS

B- Autres établissements *(suite)*

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX	Radiologie générale
	*32XXX	Radiologie spécifique exploité par un médecin spécialiste
	*33XXX	Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien
• Physiatrie :	*34XXX	Clinique de physiothérapie Cabinet de physiatrie
• Cliniques privées :	*51XX2	Clinique médicale ou dentaire
• Cabinets d'optométrie :	*52XXX 53XXX	Clinique optométrique
• Cliniques (autres) :	*54XXX	Groupe de médecine familiale (GMF) **ou** Clinique réseau
	55XXX 57XXX	Groupe de médecine familiale (GMF) **ou** Clinique réseau **ou** Clinique médicale
	*56XXX	Lettre d'entente n^{o} 57

C- Centres hospitaliers hors province

• Terre-Neuve-et-Labrador :	09009
• Nouvelle-Écosse :	09019
• Île-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
• Nunavut :	09139

* *Exception à la codification du numéro*

4.6.5 ANNEXE V - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

4.6.5.1 Rémunération à l'acte *(frais de transport et temps de déplacement)*

NOTE : Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet *Frais de déplacement*. Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc;

a) Frais de transport

Ceux-ci doivent être facturés sur une demande de paiement identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins.

1. Utilisation du véhicule personnel (sans autre moyen de transport) :

- **Remplir la** *Demande de paiement - Médecin* (1200) de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);
- indiquer dans la case *DISTANCE*, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle).

  Remarque : S'il s'agit d'un déplacement à domicile, ou à l'hôpital pour un accouchement ou une césarienne, ou en tout lieu pour l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, veuillez réduire la distance unidirectionnelle des 8 premiers kilomètres *(réf. : P.G. 2.4.2)*;
- inscrire le montant correspondant à l'indemnité de déplacement calculée à raison de 0,86 $[(1)] le kilomètre dans la case *HONORAIRES*;
- **Toujours** préciser le code postal du lieu de départ dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.
- le formulaire 1988 n'est pas obligatoire; toutefois, il peut être rempli lorsqu'une description détaillée est requise;

  Remarque : Reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

2. Moyen de transport autre que le véhicule personnel :

- **remplir la** *Demande de paiement - Médecin* (1200) de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);
- inscrire le code **09991** dans la section *Actes*, préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988);
- remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) en y précisant le détail de toutes les dépenses encourues, en identifiant « omnipraticien », en cochant *Acte* comme mode de rémunération et inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la *Demande de paiement - Médecin* (1200) visée par le déplacement;
- attacher au formulaire 1988 les pièces justificatives originales (reçus, billets, etc.). Joindre le tout au formulaire 1200 **lorsque requis** (voir 4.6.5.2 b). Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne contenant les renseignements relatifs au déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents*. Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : *www.tresor.gouv.qc.ca/publications/secretariat/*

b) Temps de déplacement

1. Utiliser la même *Demande de paiement - Médecin* (1200) sur lequel a été facturé le déplacement correspondant et inscrire le code **09992** dans la section *Actes*;

2. Mode de calcul du temps de déplacement dans le cadre du mécanisme de dépannage

   a) Véhicule (personnel ou loué), taxi, autobus

   Le temps de déplacement effectué avec ces moyens de transport doit être calculé selon la formule suivante :

   $$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/h}} = \text{temps de déplacement}$$

   b) Autre moyen de transport

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

3. Inscrire la date, le nombre d'heures dans la case *UNITÉS* (aller et retour) et le montant demandé dans la case *HONORAIRES*.

   AVIS : *Si votre temps de déplacement comporte des minutes (fractions d'heures), vous devez arrondir à l'unité supérieure dans la case* UNITÉS*, réclamer le montant correspondant au temps réel de déplacement et inscrire le calcul détaillé dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Le temps de déplacement réclamé ne doit jamais dépasser le maximum permis de 9 heures par trajet.*

4. Taux horaire :

   - 85,36 $ du 1er octobre 2010 au 31 mars 2011
   - 86,84 $ du 1er avril 2011 au 31 décembre 2011
   - 91,24 $ du 1er janvier 2012 au 31 mars 2013
   - 95,12 $ à compter du 1er avril 2013

c) Frais de 1 000 $ ou plus

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

Remarque : *Vous pouvez également consulter la rubrique Internet sur les frais de déplacement où vous trouverez de nombreux exemples et un aide-mémoire.*

4.6.5.2 a) Formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) - *voir la description à la page suivante.*

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement.
Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

VOTRE PROFESSION
- ☐ Dentiste
- ☐ Médecin omnipraticien
- ☐ Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION
- ☐ Acte
- ☐ Honoraires forfaitaires
- ☐ Rémunération mixte
- ☐ SLE
- ☐ Tarif horaire
- ☐ Vacation

Professionnel

PRÉNOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART	DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR)	HEURE
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR)	HEURE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.

TEMPS DE DÉPLACEMENT — NBRE D'HEURES FACTURÉES x TAUX HORAIRE = MONTANT (**CALCULÉ À 100%**) — À L'USAGE DE LA RÉGIE

MOYENS DE TRANSPORT

DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR)	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE x TAUX		
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.		**MONTANT TOTAL DES FRAIS**		

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pour les heures qui ont servi à mon déplacement.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 *292 15/08*

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

4.6.5.2 b) Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988)

Ce formulaire comprend neuf (9) parties et se rédige comme suit :

1. **PROFESSIONNEL :** prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie;
2. **PROFESSION ET MODE DE RÉMUNÉRATION :** indiquer votre profession et spécifier votre mode de rémunération;
3. **DÉPLACEMENT :** inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :** sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés;
5. **TEMPS DE DÉPLACEMENT :** inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique selon l'Entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 % (voir 4.6.5.1 b) pour le taux horaire; reporter ce montant sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **09992**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/h}} = \text{temps de déplacement}$$

6. **MOYEN DE TRANSPORT :** inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé pour le taux alloué (voir 4.6.5.1 a). Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux du lieu de départ situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement en utilisant le code d'acte **09991**.
7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS :** la somme des montants réclamés;
8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :** autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande;
9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL :** le formulaire doit être signé à la main par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; la date est également très importante.

Remarque : Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 $ ou plus :

Obligation de transmettre l'**original**[1] de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **et** le formulaire 1988 dûment rempli **avec** la demande de paiement 1200 en **format papier** où sont réclamés les frais de déplacement.

- Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 $:

Conserver l'original[1] de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire 1988 dûment rempli (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une reproduction de la demande de paiement 1200 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copies de ces documents.

Lors de l'impression du document, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Lorsque requis, faire parvenir les documents avec la demande de remboursement dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

[1] *Exception sous certaines conditions pour le **billet électronique** des compagnies d'aviation.*

LISTE DES LOCALITÉS

4.7 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Depuis le 1er juin 2003, les médecins omnipraticiens en début de pratique ne sont plus soumis à la rémunération réduite en vertu du décret 1781-93 et des subséquents.

Par ailleurs, en vertu de l'annexe XII de l'Entente, une rémunération différente (majorée, notamment à compter des 4e, 7e et 20e années de service) est prévue pour les services fournis dans des territoires désignés par Arrêté du Ministre comme insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. **À compter du 1er octobre 2003, l'*Amendement no 84*** a remanié l'annexe XII et introduit l'annexe XII-A qui prévoit aussi une rémunération différente (majorée) dans certains territoires non désignés par Arrêté du Ministre.

\# Pour les services rendus à compter du 1er octobre 2003, veuillez vous référer au tableau illustrant les localités à l'aide de chiffres conformément aux dispositions de l'annexe XII.

AVIS : *Voir les textes officiels dans la **Brochure no 1**, ENTENTE, annexes XII et XII-A.*

#

Tableau
REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%) DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE
Services rendus à compter du 1er octobre 2003

Territoire de tarification	LIEU	Taux (%) de rémunération basé sur le tarif régulier (Tarif régulier = 100 %)
0		- Tarif régulier (100 %) sauf pour les services fournis dans certains territoires visés par l'annexe XII-A (105 %, 110 % ou 115 %).
1	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 130 %. - 135 % ou 140 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.
2	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 135 %. - 140 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.
3	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 130 % jusqu'au 31 décembre 2013. - 135 % à partir du 1er janvier 2014.
4	Cabinet*	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 120 %. - 125 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.

REMARQUE : Voir la signification des astérisques à la page suivante au bas du tableau.

#

Tableau (suite)

TERRITOIRE DE TARIFICATION	LIEU	Taux (%) de rémunération basé sur le tarif régulier (Tarif régulier = 100 %)
5	Cabinet ou domicile	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	CH, CHSLD, CR et dans tout CLSC	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % ou 130 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
6	Cabinet ou domicile	- 110 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	CH, CHSLD, CR et dans tout CLSC	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
7		- 115 % - Labrador City (médecins du Québec).
	Hors-Québec	- 100 %

* Les majorations apparaissant aux lignes « Cabinet » s'appliquent pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, dans un CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services dispensés en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché.

** Les majorations apparaissant aux lignes « Établissement » s'appliquent pour les services dispensés dans un centre hospitalier à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché, dans un centre de réadaptation, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement.

4.7.1 Liste des localités

La présente liste a été préparée pour faciliter la rédaction des demandes de paiement en application des dispositions relatives à la rémunération différente (voir l'annexe XII et l'annexe XII-A de votre Entente, dans la *Brochure n^{o} 1*) ou pour la rédaction des demandes de remboursement des mesures incitatives (voir *Brochure n^{o} 3*). La liste contient des chiffres illustrant le regroupement des localités selon l'*Amendement n^{o} 84* pour les services rendus à compter du 1er octobre 2003.

Il est à noter que les localités ayant plusieurs subdivisions (village, paroisse, etc.) ont été inscrites sous leur appellation générale. De plus, pour différencier les localités dont le nom est identique à celui d'une autre localité, le nom de leur municipalité régionale de comté respective a été indiqué entre parenthèses. Toutefois, le médecin pratiquant hors du Québec et ayant adhéré au régime d'assurance maladie doit utiliser le code de localité 60000.

Le code de localité est composé de 5 chiffres.

Des explications concernant le chiffre après le code sont fournies dans le tableau de la page précédente.

#	Localités	Codes	
	Abercorn	63806	0
	Acton Vale	64011	0
	Adstock	62448	0
	Aguanish	69704	3
	Akulivik	69870	3
	Akwesasne (Réserve indienne)	66881	0
	Albanel	69049	1
	Alleyn-et-Cadwood	68022	0
	Alma	69325	4
	Amherst	67559	0
	Amos	68430	1
	Amqui	60514	1
	Ange-Gardien (Rouville)	65202	0
	Angliers	68324	1
	Armagh	61512	0
	Arundel	67436	0
	Asbestos	63532	0
	Ascot-Corner	63606	0
	Aston-Jonction	63306	0
	Auclair	60906	1
	Audet	62412	0
	Aumond	67844	1
	Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	3
	Austin	63812	0
	Authier	68448	1
	Authier-Nord	68473	1
	Ayer's Cliff	63732	0
	Baie-Atibenne (Maskinonge)	64794	0
	Baie-Comeau	69733	1
	Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	64791	0
	Baie-des-Chaloupes (Antoine-Labelle)	66192	5
	Baie-des-Sables	60628	1
	Baie-d'Hudson	69897	3
	Baie-du-Fèbvre	64220	0
	Baie-d'Urfe	66519	0
	Gouvernement régional d'Eeyou Istchee		
	Baie-James	69802	1
	Baie-Johan-Beetz	69703	3
	Baie-Obaoca - Lac-Cabasta (Matawinie)	64396	0
	Baie-Saint-Paul	61212	0
	Baie-Sainte-Catherine	69748	0
	Baie-Trinité	69721	1
	Barkmere	67434	0
	Barnston-Ouest	63709	0
	Barraute	68418	1
	Bastican	63204	0
	Beaconsfield	66518	0
	Bearn	68306	1
	Beauceville	62340	0
	Beauharnois	67008	0
	Beaulac-Garthby	62624	0
	Beaupré	61708	0
	Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces-Val-Barrette	67634	5
	Bécancour	63330	0
	Bedford	65424	0
	Bégin	69458	0
	Belcourt	68411	1
	Belle-Rivière (Lac-Saint-Jean-Est)	69390	1
	Belleterre	68308	1
	Beloeil	65701	0
	Berry	68477	1
	Berthier-sur-Mer	61422	0
	Berthierville	64906	0
	Béthanie	63926	0
	Biencourt	60702	1
	Blainville	66308	0
	Blanc-Sablon	69753	3
	Blue-Sea	67836	1
	Boisbriand	66312	0
	Boischatel (La Côte-de-Beaupré)	61714	0
	Bois-des-Filion	66306	0
	Bois-Franc	67846	1
	Bolton-Est	63809	0
	Bolton-Ouest	63816	0
	Bonaventure	60419	1
	Bonne-Espérance	69755	3
	Bonsecours	63916	0
	Boucher	63249	0
	Boucherville	65612	0
	Bouchette	67833	1
	Bowman	67558	0
	Brébeuf	66378	0
	Brigham	63824	0
	Bristol	68006	1
	Brome	63819	0
	Bromont	63830	0
	Brossard	66610	0
	Brownsburg-Chatham	67412	0
	Bryson	68016	1
	Bury	62531	0
	Cacouna	60831	6
	Cacouna (Réserve indienne)	60881	6
	Calixa-Lavallée	65714	0
	Campbell's Bay	68019	1
	Candiac	66612	0
	Caniapiscau	69893	1
	Cantley	68001	0
	Cap-Chat	60317	1
	Caplan	60422	1
	Cap-Saint-Ignace	61414	0
	Cap-Santé	62919	0
	Carignan	65602	0
	Carleton-Sur-Mer	60435	1
	Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892	1
	Cascapédia	60428	1
	Causapscal	60506	1
	Cayamant	68026	1
	Chambly	65605	0
	Chambord	69010	1
	Champlain	63205	0
	Champneuf	68412	1
	Chandler	60209	1
	Chapais	69806	1
	Charette	64328	0
	Charlemagne	66202	0

Chartierville	62504	0
Châteauguay	66917	0
Château-Richer	61711	0
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	1
Chelsea	67808	0
Cheneville	67551	0
Chertsey	66119	0
Chesterville	63405	0
Chibougamau	69804	2
Chichester	68038	1
Chisasibi	69842	3
Chute-aux-Outardes	69726	1
Chute-Saint-Philippe	67642	5
Clarendon	68008	1
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	1
Clermont (Charlevoix-Est)	61109	0
Clerval	68458	1
Cleveland	63526	0
Cloridorme	60248	1
Coaticook	63711	0
Collines-du-Basque (Côte-de-Gaspé)	60398	1
Colombier	69728	1
Compton	62514	0
Contrecoeur	65725	0
Cookshire-Eaton et Newport	62523	0
Côteau-du-Lac	67107	0
Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent	69751	3
Côte-Saint-Luc	66508	0
Coucoucache (Réserve indienne)	63281	0
Coulée-des-Adolphe (Denis-Riverin)	60699	1
Courcelles	62439	0
Cowansville	65416	0
Crabtree	65808	0
Danville	63531	0
Daveluyville	63449	0
Degelis	60901	1
Deléage	67839	1
Delisle	69330	1
Delson	66616	0
Denholm	67819	0
Dépôt-Échouani (La-Vallée-de-la-Gatineau)	64998	0
Desbiens	69311	1
Deschaillons-sur-Saint-Laurent	62848	0
Deschambault-Grondines	62929	0
Deux-Montagnes	67304	0
Disraeli	62634	0
Dixville	63706	0
Dolbeau-Mistassini	69038	1
Dollard-des Ormeaux	66538	0
Doncaster	66381	0
Donnacona	62907	0
Dorval	66512	0
Dosquet	62814	0
Drummondville	64137	0
Dudswell	62601	0
Duhamel (Papineau)	67552	0
Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303	1
Dundee	66811	0
Dunham	65415	0
Duparquet	68442	1
Dupuy	68464	1
Durham-Sud	64110	0
East Angus	62534	0
East Broughton	62364	0
East Farnham	63826	0
East Hereford	62501	0
Eastmain	69838	3
Eastman	63901	0
Egan-Sud	67841	1
Elgin	66809	0
Entrelacs	66122	0
Escuminac	60439	1
Esprit-Saint	60715	1
Farnham	65434	0
Fassett	67501	0
Ferland-et-Boilleau	69405	0
Ferme-Neuve	67646	5
Fermont	69761	1
Forestville	69730	1
Fort-Coulonge	68029	1
Fortierville	62842	0
Fort-Rupert (Waskagheganish)	69834	3
Fossambault-sur-le-Lac	62911	0
Franklin (Le Haut-Saint-Laurent)	66807	0
Franquelin (Manicouagan)	69727	1
Frelighsburg	65403	0
Frontenac	62404	0
Fugereville	68311	1
Gallichan	68444	1
Gaspé	60230	1
Gatineau	67905	0
Girardville	6905	1
Godbout	69722	1
Godmanchester	66814	0
Gore	67419	0
Granby	63912	0
Grand-Lac-Victoria (Vallée-de-l'Or)	68479	1
Grand-Métis	60634	1
Grand-Remous	67849	1
Grand-Saint-Esprit	63338	0
Grande-Rivière	60213	1
Grande-Vallée	60251	1
Grandes-Piles	63244	0
Grenville	67416	0
Grenville-sur-la-Rouge	67418	0
Grosses-Roches	60614	1
Guérin	68328	1
Ham-Nord	62628	0
Ham-Sud	62618	0
Hampden	62529	0
Hampstead	66528	0
Harrington	67426	0
Hatley	63726	0
Havelock	66804	0
Havre-Saint-Pierre	69706	2
Hébertville	69303	1
Hébertville-Station	69304	1

Hemmingford 66802 0
Henryville 65302 0
Hérouxville 63232 0
Hinchinbrook 66808 0
Honfleur 61518 0
Hope 60409 1
Hope Town 60411 1
Hors-Québec 60000 7
Howick 66922 0
Huberdeau 67438 0
Hudson 67227 0
Hunters Point 68386 1
Huntingdon 66816 0
Inukjuak (Baie d'Hudson) 69850 3
Inverness 62729 0
Irlande 62724 0
Ivujivik 69877 3
Joliette 65815 0
Kahnawake (Réserve indienne) 66681 0
Kamouraska 61031 6
Kanesatake (Réserve indienne) 67381 0
Kangiqsualujjuaq (Baie d'Ungava) 69855 3
Kangiqsujuaq (Baie d'Ungava) 69872 3
Kangirsuk (Baie d'Ungava) 69866 3
Kawawachikamach 69843 2
Kazabazua 67824 0
Kebaowek (Réserve indienne) 68383 1
Kiamika 67624 5
Kingsbury 63518 0
Kingsey (Drummond) 64104 0
Kingsey Falls (Arthabaska) 64102 0
Kinnear's Mills 62718 0
Kipawa 68310 1
Kirkland 66516 0
Kuujjuaq (Baie d'ungava) 69860 3
Kuujjuarapik (Baie d'Hudson) 69846 3
L'Ancienne-Lorette 62041 0
L'Ange-Gardien (La Côte-de-Beaupré) 61712 0
L'Ange-Gardien (Papineau) 67530 0
L'Anse-Saint-Jean 69402 0
L'Ascension (Antoine-Labelle) 67628 5
L'Ascension-de-Notre-Seigneur (Lac Saint-Jean-Est) 69334 1
L'Ascension-de-Patapedia (Avignon) 60453 1
L'Assomption 66214 0
L'Avenir 64113 0
L'Épiphanie 66219 0
L'Île-Cadieux 67211 0
L'Île-d'Anticosti 69701 3
L'Île-d'Orléans 61605 0
L'Île-du-Grand-Calumet 68021 1
L'Île-Dorval 66511 0
L'Île-Perrot 67206 0
L'Isle-aux-Allumettes 68034 1
L'Isle-aux-Coudres 61201 0
L'Islet 61319 0
L'Isle-Verte 60826 6
La Conception 67601 0
La Corne 68420 1
La Doré 69042 1
La Durantaye 61524 0
La Guadeloupe 62446 0
La Malbaie 61114 0
La Martre 60309 1
La Minerve 67609 0
La Morandière 68450 1
La Motte 68421 1
La Patrie 62522 0
La Pêche (Wakefield) 67813 0
La Pocatière 61038 6
La Prairie 66608 0
La Présentation 65119 0
La Rédemption 60529 1
La Reine 68467 1
La Romaine (Réserve indienne) 69781 3
La Sarre 68463 1
La Trinité-des-Monts 60713 1
La Tuque 63270 1
La Visitation-de-l'Île-Dupas 64902 0
La Visitation-de-Yamaska 64208 0
Labelle 67607 0
Labrador City 69700 7
Labrecque 69459 1
Lac-Achouakan (Lac-Saint-Jean-Est) 69493 0
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle) 64397 5
Lac-à-la-Croix (La Mitis) 60593 1
Lac-Alfred (La Matapédia) 60594 1
Lac-Ashuapmushwan (Lac-Saint-Jean-Ouest) 69091 1
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord) 69797 1
Lac-au-Saumon 60512 1
Lac-aux-Sables 62966 0
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle) 64797 5
Lac-Beauport (La Jacques-Cartier) 62042 0
Lac-Blanc (Portneuf) 62096 0
Lac-Boisbouscache (Les Basques) 60798 1
Lac-Bouchette 69003 1
Lac-Boule (Mekinac) 64793 0
Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or) 66198 1
Lac-Brome 63820 0
Lac-Casault (La Matapédia) 60591 1
Lac-Chicobi (Abitibi) 68488 1
Lac-Croche (La Jacques-Cartier) 62095 0
Lac-de-la-Bidière (Berthier) 64993 5
Lac-Delage 62052 0
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine-Labelle) 65892 5
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle) 64795 5
Lac-des-Aigles 60714 1
Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie) 63299 1
Lac-des-Dix-Milles (Matawinie) 66190 0
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis) 60793 1
Lac-Despinassy (Abitibi) 68495 1

Lac-des-Plages....67561 0
Lac-des-Seize-Îles....67431 0
Lac-Devenyns (Matawinie)....64395 0
Lac-Douaire (Montcalm)....66196 5
Lac-Drolet....62426 0
Lac-du-Cerf....67611 5
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest)....68499 1
Lac-du-Taureau (Matawinie)....64997 0
Lac-Ernest (Antoine-Labelle)....67693 5
Lac-Etchemin....62214 0
Lac-Frontière....61401 0
Lac-Granet (Témiscaming)....68390 1
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)....60795 1
Lac-Jacques-Cartier....61798 0
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent)....69793 1
Lac-Juillet (Sept-Rivières - Caniapiscau)....69891 1
Lac-Lapeyrere (Portneuf)....63291 0
Lac-Lengendre (Matawinie)....65890 0
Lac-Lenotre (La Vallée-de-la-Gatineau)....66197 0
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle)....67891 5
Lac-Masketsi (Mekinac)....63292 1
Lac-Matapédia....60597 1
Lac-Matawin (Matawinie)....64992 0
Lac-Mégantic....62406 0
Lac-Minaki (Matawinie)....64392 0
Lac-Ministuk....69492 0
Lac-Moncouche (Lac-Saint-Jean-Est)....61799 0
Lac-Moselle (Vallée-de-la-Gatineau)....65895 0
Lac-Nilgaut (Pontiac)....68091 1
Lac-Nominingue....67620 5
Lac-Normand (Mékinac)....63298 1
Lac-Oscar (Antoine-Labelle)....65893 5
Lac-Pikauba (Charlevoix)....61298 0
Lac-Poulin....62331 0
Lac-Pythonga (La Vallée-de-la-Gatineau)....68090 1
Lac-Rapide (Réserve indienne)....68081 1
Lac-Saguay....67631 5
Lac-Saint-Joseph....62912 0
Lac-Saint-Paul....67648 5
Lac-Sainte-Marie....67822 0
Lac-Santé (Montcalm)....66194 0
Lac-Sergent....62939 0
Lac-Simon (Papineau)....67549 0
Lac-Simon (Réserve indienne)....68481 1
Lac-Supérieur....66368 0
Lac-Vacher (Sept-Rivières - Caniapiscau)....69892 1
Lac-Wagwabika (Antoine Labelle)....64398 5
Lac-Walker (Sept-Rivières - Caniapiscau)....69795 1
Lachute....67407 0
Lacolle....65502 0
Lanoraie....64908 0
Lantier....66359 0
Larouche....69432 0
Laforce....68312 1
Lalemant....69490 0
Lamarche....69461 0
Lambton....62443 0
Landrienne....68419 1
Laniel et les Lacs du-Témiscamingue....68393 1
Latulipe-et-Gaboury....68309 1
Launay....68434 1
Laurier-Station....62826 0
Laurierville....62746 0
Laval....66424 0
Lavaltrie....64912 0
Laverlochère....68318 1
Lawrenceville....63919 0
Le Bic....60750 1
Lebel-sur-Quevillon....69809 1
Leclercville....62836 0
Lefebvre....64118 0
Lejeune (Témiscouata)....60931 1
Lemieux....63311 0
Lery....66912 0
Les Bergeronnes....69741 1
Les Cèdres....67105 0
Les Côteaux....67116 0
Les Éboulements....61208 0
Les Escoumins....69738 1
Les Îles-de-la-Madeleine....60103 1
Les Méchins....60603 1
Leslie-Clapham-et-Huddersfield....68024 1
Lévis....62111 0
Lingwick....62536 0
Linton (Portneuf)....62996 0
Listuguj (Restigouche)....60482 1
Litchfield....68014 1
Lochaber....67511 0
Lochaber-Partie-Ouest....67514 0
Longue-Pointe....69705 2
Longueuil....65619 0
Lorraine....66304 0
Lorrainville....68316 1
Lotbinière....62855 0
Louiseville....64702 0
Low....67821 0
Lyster....62753 0
Macamic....68451 1
Maddington Falls....63446 0
Magog....63736 0
Malartic....68405 1
Maliotenam (Réserve indienne)....69786 1
Maniwaki....67842 1
Manouane (Réserve indienne)....64781 0
Manseau....63309 0
Mansfield-et-Pontefract....68028 1
Maria....60429 1
Maricourt (Le Val-Saint-François)....63934 0
Marieville....65212 0
Marsoui....60311 1
Marston....62411 0

Martinville 62512 0
Mascouche 66208 0
Mashteuiatsh (Réserve indienne) 69081 1
Maskinongé 64706 0
Massueville 65004 0
Matagami et Joutel 69811 1
Matane 60608 1
Matapédia 60448 1
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or) 68492 1
Matimekosh - Lac-John (Réserves indiennes) 69882 1
Mayo 67531 0
Mcmasterville 65704 0
Melbourne 63516 0
Mercier 66916 0
Messines-Lac-à-la-Croix 69310 1
Metis-sur-Mer 60629 1
Milan 62418 0
Mille-Isles 67421 0
Mingan (Réserve indienne) 69784 2
Mirabel 67325 0
Mistissini 69825 3
Moffet 68321 1
Mont-Albert (Denis-Riverin) 60399 1
Mont-Alexandre (Pabok) 60298 1
Mont-Apica (Lac Saint-Jean-Est) 61299 0
Montcalm 67432 0
Mont-Carmel 61006 6
Montcerf-Lytton 67848 1
Montebello 67504 0
Mont-Élie (Charlevoix-Est) 61190 0
Mont-Joli 60721 1
Mont-Laurier 67640 5
Mont-Lebel 60728 1
Montmagny 61417 0
Montpellier 67554 0
Montréal 66552 0
Montréal-Est 66556 0
Montréal-Ouest 66504 0
Mont-Royal 66531 0
Mont-Saint-Grégoire 65314 0
Mont-Saint-Hilaire 65227 0
Mont-Saint-Michel 67649 5
Mont-Saint-Pierre 60306 1
Mont-Tremblant 66374 0
Mont-Valin 69495 0
Morin-Heights 67428 0
Mulgrave-et-Derry 67539 0
Murdochville 60301 1
Namur 67545 0
Nantes 62416 0
Napierville 66702 0
Natashquan 69702 3
Nedelec 68329 1
Nemiscau (Nemaska) 69830 3
Neuville 62904 0
New Carlisle 60418 1
New Richmond 60426 1
Nicolet 63364 0
Normandin 69045 1
Normetal 68474 1
North Hatley 63729 0
Notre-Dame-Auxiliatrice-de-Buckland 61508 0
Notre-Dame-de-Bon-Secours-Partie-Nord (Papineau) 67502 0
Notre-Dame-de-Ham 62629 0
Notre-Dame-de-la-Merci 66124 0
Notre-Dame-de-la-Paix 67524 0
Notre-Dame-de-la-Salette 67535 0
Notre-Dame-de-l'Île-Perrot 67203 0
Notre-Dame-de-Lorette 69058 1
Notre-Dame-de-Lourdes (Joliette) 65818 0
Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable) 62751 0
Notre-Dame-de-Montauban 62963 0
Notre-Dame-de-Pontmain 67612 5
Notre-Dame-des-Bois 62402 0
Notre-Dame-des-Monts 61119 0
Notre-Dame-des-Neiges-des-Trois-Pistoles 60819 1
Notre-Dame-des-Pins 62334 0
Notre-Dame-des-Prairies 65816 0
Notre-Dame-des-Sept-Douleurs 60838 6
Notre-Dame-de-Stanbridge 65431 0
Notre-Dame-du-Bon-Conseil 64124 0
Notre-Dame-du-Laus 67602 5
Notre-Dame-du-Mont-Carmel 63228 0
Notre-Dame-du-Nord 68326 1
Notre-Dame-du-Portage 60836 6
Notre-Dame-du-Rosaire 61411 0
Notre-Dame-du-Sacré-Coeur-d'Issoudun 62832 0
Nouvelle 60438 1
Noyan 65412 0
Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice) 68491 1
Obedjiwan (Réserve indienne) 68482 1
Odanak 64281 0
Ogden 63719 0
Oka 67311 0
Orford 63614 0
Ormstown 66926 0
Otterburn Park 65224 0
Packington 60902 1
Padoue 60541 1
Pakuashipi (Réserve indienne) 69780 1
Palmarolle 68454 1
Papineauville 67508 0
Parent 63272 1
Parisville 62844 0
Paspébiac 60412 1
Passes-Dangereuses (Maria-Chapdelaine) 69099 1
Percé 60220 1
Péribonka 69026 1
Pessamit (Réserve indienne) 69788 1
Petite-Rivière-Saint-François 61214 0
Petite-Vallée 60249 1
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska) 61094 6

Petit-Mécatina (Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent) 69791 1
Petit-Saguenay 69401 0
Picard (Kamouraska) 61092 6
Piedmont 66336 0
Pierreville 64222 0
Pike River 65428 0
Pikogan (Réserve indienne) 68484 1
Pincourt 67208 0
Piopolis 62408 0
Plaisance 67509 0
Plessisville 62749 0
Pohénégamook 61003 1
Pointe-à-la-Croix 60443 1
Pointe-au-Père 60736 1
Pointe-aux-Outardes 69725 1
Pointe-Calumet 67309 0
Pointe-Claire 66514 0
Pointe-des-Cascades 67104 0
Pointe-Fortune 67234 0
Pointe-Lebel 69723 1
Ponsonby 67544 0
Pontiac 68003 0
Pont-Rouge 62918 0
Portage-du-Fort 68018 1
Port-Cartier 69717 1
Port-Daniel-Gascons 60401 1
Portneuf 62924 0
Portneuf-sur-Mer 69732 1
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo) 69845 3
Potton 63801 0
Poularies 68439 1
Preissac 68427 1
Prévost 66335 0
Price 60636 1
Princeville 63428 0
Puvirnituk (Baie d'Hudson) 69895 3
Quaqtaq (Baie D'Ungava) 69868 3
Québec 62014 0
Racine 63921 0
Ragueneau 69724 1
Rapide-Danseur 68447 1
Rapides-des-Joachims 68041 1
Rawdon 66116 0
Rémigny 68330 1
Repentigny 66206 0
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or) 68095 1
Richelieu 65216 0
Richmond 63528 0
Rigaud 67232 0
Rimouski 60739 4
Ripon 67538 0
Ristigouche-Partie-Sud-Est 60444 1
Rivière-à-Claude 60308 1
Rivière-à-Pierre 62959 0
Rivière-au-Tonnerre 69708 2
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan) 69796 1
Rivière-Beaudette 67119 0
Rivière-Bleue 60915 1
Rivière-Bonaventure 60495 1
Rivière-Bonjour (Matane) 60698 1
Rivière-de-la-Savane (Mékinac) 64393 0
Rivière-du-Loup 60834 6
Rivière-Éternité 69403 0
Rivière-Heva 68417 1
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk) 69896 3
Rivière-Mistassini (Maria-Chapdelaine) 69093 1
Rivière-Mouchalagane (Sept-Rivières - Caniapiscau) 69799 1
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières - Caniapiscau) 69794 1
Rivière-Nouvelle (Avignon) 60499 1
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest) 68489 1
Rivière-Ouelle 61034 6
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia) 60792 1
Rivière-Rouge et La Macaza 67618 5
Rivière-Saint-Jean 69707 2
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé) 60299 1
Rivière-Vaseuse 60592 1
Rivière-Windigo (Le Haut-Saint-Maurice) 63297 1
Roberval 69013 1
Rochebaucourt 68453 1
Roquemaure 68446 1
Rosemère 66311 0
Rougemont 65218 0
Routhierville (La Matapédia) 60494 1
Rouyn-Noranda 68333 1
Roxton 63936 0
Roxton Falls 63938 0
Roxton Pond 63931 0
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia) 60697 1
Ruisseau-Ferguson (Avignon) 60497 1
Sacré-Coeur (La Haute-côte-Nord) 69743 1
Sacré-Coeur-de-Jésus (L'Amiante) 62362 0
Sagard (Charlevoix-Est) 69798 0
Saguenay 69410 0
Saint-Adalbert 61304 0
Saint-Adelme 60606 1
Saint-Adelphe 63222 0
Saint-Adolphe-d'Howard 67429 0
Saint-Adrien (Asbestos) 62619 0
Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante) 62722 0
Saint-Agapit 62823 0
Saint-Aimé (Le Bas-Richelieu) 65002 0
Saint-Aimé-des-Lacs (Charlevoix-Est) 61121 0
Saint-Alban 62948 0
Saint-Albert-de-Warwick 63432 0
Saint-Alexandre (Kamouraska) 61011 6
Saint-Alexandre (Le Haut-Richelieu) 65308 0
Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia) 60510 1

Saint-Alexis 66108 0
Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon) 60449 1
Saint-Alexis-des-Monts (Maskinongé) 64723 0
Saint-Alfred 62342 0
Saint-Alphonse (Bonaventure) 60424 1
Saint-Alphonse-de-Granby 63914 0
Saint-Alphonse-de-Rodriguez (Matawinie) 65832 0
Saint-Amable 65709 0
Saint-Ambroise 69453 0
Saint-Ambroise-de-Kildare 65826 0
Saint-Anaclet-de-Lessard 60724 1
Saint-André (Kamouraska) 61024 6
Saint-André-Avellin 67528 0
Saint-André-Carillon 67402 0
Saint-André-de-Restigouche 60446 1
Saint-André-du-Lac-Saint-Jean 69005 1
Saint-Anicet 66818 0
Saint-Anselme 62239 0
Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues 61424 0
Saint-Antoine-de-Tilly 62849 0
Saint-Antoine-sur-Richelieu 65720 0
Saint-Antonin 60818 6
Saint-Apollinaire 62833 0
Saint-Armand 65404 0
Saint-Arsene 60828 6
Saint-Athanase (Témiscouata) 61002 1
Saint-Aubert 61318 0
Saint-Augustin (Maria-Chapdelaine) 69028 1
Saint-Augustin De-Woburn 62401 0
Saint-Augustin-de-Desmaures 62901 0
Saint-Barnabé (Maskinongé) 64316 0
Saint-Barnabé-Sud (Les Maskoutains) 65128 0
Saint-Barthelemy 64914 0
Saint-Basile 62921 0
Saint-Basile-le-Grand 65601 0
Saint-Benjamin 62209 0
Saint-Benoît-du-Lac 63808 0
Saint-Benoît-Labre 62329 0
Saint-Bernard (La Nouvelle-Beauce) 62234 0
Saint-Bernard-de-Lacolle 65504 0
Saint-Bernard-Partie-Sud (Les Maskoutains) 65131 0
Saint-Blaise 65509 0
Saint-Bonaventure 64202 0
Saint-Boniface-de-Shawinigan 64326 0
Saint-Bruno (Lac-Saint-Jean-Est) 69313 1
Saint-Bruno-de Montarville 65608 0
Saint-Bruno-de-Guigues 68319 1
Saint-Bruno-de-Kamouraska 61004 6
Saint-Calixte 66118 0
Saint-Camille (Asbestos) 62606 0
Saint-Camille-de-Lellis (Les Etchemins) 61501 0
Saint-Casimir 62950 0
Saint-Célestin 63334 0
Saint-Césaire 65208 0
Saint-Charles (Bellechasse) 61528 0
Saint-Charles-Borromée (Joliette) 65811 0
Saint-Charles-de-Bourget 69454 0
Saint-Charles-de-Mandeville 64926 0
Saint-Charles-Garnier 60703 1
Saint-Charles-sur-Richelieu 65122 0
Saint-Christophe-d'Arthabaska 63418 0
Saint-Chrysostome 66904 0
Saint-Claude 63524 0
Saint-Clément 60808 1
Saint-Cléophas (D'Autray) 65819 0
Saint-Cléophas (La Matapédia) 60528 1
Saint-Clet 67110 0
Saint-Colomban 67334 0
Saint-Côme (Matawinie) 65836 0
Saint-Côme-Linière 62311 0
Saint-Constant 66614 0
Saint-Cuthbert 64918 0
Saint-Cyprien (Les Etchemins) 62201 0
Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup) 60802 1
Saint-Cyprien-de-Napierville 66701 0
Saint-Cyrille-de-Lessard 61314 0
Saint-Cyrille-de-Wendover 64128 0
Saint-Damase 65102 0
Saint-Damase (Matapédia) 60539 1
Saint-Damase-de-l'Islet 61312 0
Saint-Damien (Matawinie) 64928 0
Saint-Damien-de-Buckland 61509 0
Saint-David (Le Bas-Richelieu) 64214 0
Saint-David-de-Falardeau 69446 0
Saint-Denis-de-Brompton 63504 0
Saint-Denis-de la Bouteillerie 61032 6
Saint-Denis-sur-Richelieu 65126 0
Saint-Didace 64721 0
Saint-Dominique (Les Maskoutains) 64005 0
Saint-Dominique-du-Rosaire 68433 1
Saint-Donat (La Mitis) 60722 1
Saint-Donat (Matawinie) 66126 0
Saint-Edmond-les-Plaines 69051 1
Saint-Edmond-de-Grantham 64141 0
Saint-Edouard (Les Jardins-de-Napierville) 66706 0
Saint-Edouard-de-Fabre 68302 1
Saint-Edouard-de-Frampton 62222 0
Saint-Edouard-de-Lotbinière 62834 0
Saint-Edouard-de-Maskinongé 64719 0
Saint-Élie-de-Caxton 64332 0
Saint-Éloi (Les Basques) 60822 1
Saint-Elphege (Nicolet-Yamaska) 64211 0
Saint-Elzéar (Bonaventure) 60416 1
Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce) 62379 0
Saint-Elzéar (Témiscouta) 60924 1
Saint-Éphrem-de-Beauce 62348 0
Saint-Épiphane (Rivière-du-Loup) 60814 6
Saint-Esprit (Montcalm) 66111 0
Saint-Étienne-de-Beauharnois 67001 0
Saint-Étienne-de-Beaumont 61534 0

Saint-Étienne-de-Bolton 63814 0
Saint-Étienne-des-Grès 64314 0
Saint-Eugène (Drummond) 64142 0
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine) . 69056 1
Saint-Eugène-de-Guigues 68322 1
Saint-Eugène-de-Ladrière 60753 1
Saint-Eusèbe (Témiscouata) 60912 1
Saint-Eustache 67303 0
Saint-Evariste-de-Forsyth 62444 0
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette) 60751 1
Saint-Fabien-de-Panet 61406 0
Saint-Faustin-Lac-Carré 66369 0
Saint-Félicien 69023 1
Saint-Félix-de-Dalquier 68431 1
Saint-Félix-de-Valois 65821 0
Saint-Félix-d'Otis 69404 0
Saint-Ferdinand 62736 0
Saint-Ferréol-les-Neiges 61704 0
Saint-Flavien (Lotbinière) 62828 0
Saint-Fortunat 62638 0
Saint-François-d'Assise (Avignon) ... 60451 1
Saint-François-de-la-Rivière-du-Sud 61421 0
Saint-François-de-Sales 69008 1
Saint-François-du-Lac 64228 0
Saint-François-Xavier-de-Brompton . 63512 0
Saint-François-Xavier-des-Hauteurs 60701 1
Saint-François-Xavier-de-Viger 60809 1
Saint-Frédéric (Robert-Cliche) 62359 0
Saint-Fulgence 69437 0
Saint-Gabriel (D'Autray) 64924 0
Saint-Gabriel (La Mitis) 60709 1
Saint-Gabriel-de-Brandon 64922 0
Saint-Gabriel-de-Valcartier 62055 0
Saint-Gabriel-Lalemant 61008 6
Saint-Gédeon-de-Beauce 62429 0
Saint-Gédeon (Lac Saint-Jean-Est) . 69317 1
Saint-Georges 62322 0
Saint-Georges-de-Clarenceville 65408 0
Saint-Georges-de-Windsor 63522 0
Saint-Gérard-Majella (Le Bas-Richelieu) 64229 0
Saint-Germain (Kamouraska) 61028 6
Saint-Germain-de-Grantham 64139 0
Saint-Gervais (Bellechasse) 61522 0
Saint-Gilbert (Portneuf) 62931 0
Saint-Gilles (Lotbinière) 62812 0
Saint-Godefroi (Bonaventure) 60408 1
Saint-Guillaume (Drummond) 64206 0
Saint-Guillaume-Nord (Matawinie) ... 65891 0
Saint-Guy (Les Basques) 60716 1
Saint-Henri 62103 0
Saint-Henri-de-Taillon 69332 1
Saint-Herménégilde 63705 0
Saint-Hilaire-de-Dorset 62431 0
Saint-Hilarion 61216 0
Saint-Hippolyte 66331 0
Saint-Honoré 69443 0
Saint-Honoré (Témiscouta) 60929 1
Saint-Honoré-de-Shenley 62326 0
Saint-Hubert (Riviere-du-Loup) 60804 1
Saint-Hugues (Les Maskoutains) 64030 0
Saint-Hyacinthe 65110 0
Saint-Ignace-de-Loyola 64901 0
Saint-Ignace-de-Stanbridge 65429 0
Saint-Irénée (Charlevoix-Est) 61116 0
Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce) 62242 0
Saint-Isidore (Roussillon) 66618 0
Saint-Isidore-de-Clifton 62509 0
Saint-Jacques (Montcalm) 66106 0
Saint-Jacques-de-Leeds 62716 0
Saint-Jacques-le-Majeur-de-Wolfestown 62636 0
Saint-Jacques-le-Mineur 66601 0
Saint-Janvier-de-Joly 62816 0
Saint-Jean-Baptiste (Rouville) 65221 0
Saint-Jean-de-Brebeuf (L'Amiante) . 62719 0
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane) 60604 1
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) . 60806 1
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata) 60903 1
Saint-Jean-de-Matha 65829 0
Saint-Jean-Iberville 65514 0
Saint-Jean-Port-Joli 61322 0
Saint-Jérôme 66328 0
Saint-Joachim (La Côte-de-Beaupré) 61702 0
Saint-Joachim-de-shefford 63928 0
Saint-Joseph-de-Beauce 62354 0
Saint-Joseph-de-Coleraine 62711 0
Saint-Joseph-de-Kamouraska 61012 6
Saint-Joseph-de-Lepage 60718 1
Saint-Joseph-des-Érables 62356 0
Saint-Joseph-de-Sorel 65019 0
Saint-Joseph-du-Lac 67308 0
Saint-Jude (Les Maskoutains) 65129 0
Saint-Jules (Robert-Cliche) 62358 0
Saint-Julien (L'Amiante) 62639 0
Saint-Just-de-Bretenières 61402 0
Saint-Juste-du-La60908 1
Saint-Justin (Maskinongé) 64711 0
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) 68469 1
Saint-Lambert (Champlain) 65623 0
Saint-Lambert-de-Lauzon 62106 0
Saint-Lazare (Bellechasse) 61516 0
Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges) 67218 0
Saint-Léandre (Matane) 60609 1
Saint-Léonard-d'Aston 63321 0
Saint-Léonard-de-Portneuf 62942 0
Saint-Léon-de-Standon 62218 0
Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé) . 64708 0
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia) ... 60518 1
Saint-Liboire (Les Maskoutains) 64018 0
Saint-Liguori (Montcalm) 66102 0
Saint-Lin-Laurentides 66226 0
Saint-Louis (Les Maskoutains) 65006 0
Saint-Louis-de-Blandford 63444 0
Saint-Louis-de-Gonzague (Beauharnois-Salaberry) 67002 0

Saint-Louis-de-Gonzague (Les Etchemins) 62202 0
Saint-Louis-de-Gonzague-du-Cap-Tourmente 61703 0
Saint-Louis-du-Ha! Ha! 60922 1
Saint-Luc (Les Etchemins) 62211 0
Saint-Luc-de-Vincennes 63215 0
Saint-Lucien (Drummond) 64111 0
Saint-Ludger (Le Granit) 62422 0
Saint-Ludger-de-Milot 69029 1
Saint-Magloire-de-Bellechasse (Les Etchemins) 61502 0
Saint-Majorique-de-Grantham 64136 0
Saint-Malachie (Bellechasse) 62221 0
Saint-Malo (Coaticook) 62506 0
Saint-Marc-de-Figuery 68422 1
Saint-Marc-des-Carrières 62932 0
Saint-Marc-du-Lac-Long 60904 1
Saint-Marcel (L'Islet) 61309 0
Saint-Marcel-de-Richelieu 65001 0
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) 60711 1
Saint-Marc-sur-Richelieu 65708 0
Saint-Martin (Beauce-Sartigan) 62314 0
Saint-Mathias-sur-Richelieu 65222 0
Saint-Mathieu (Abitibi) 68428 1
Saint-Mathieu (Roussillon) 66604 0
Saint-Mathieu-de-Beloeil 65702 0
Saint-Mathieu-de-Rioux 60752 1
Saint-Mathieu-du-Parc 64331 0
Saint-Maurice 63216 0
Saint-Maxime-du-Mont-Louis 60304 1
Saint-Médard (Les Basques) 60729 1
Saint-Michel (Bellechasse) 61532 0
Saint-Michel (Les Jardins-de-Napierville) 66708 0
Saint-Michel-des-Saints 64932 0
Saint-Michel-du-Squatec 60918 1
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) 60816 6
Saint-Moise (La Matapédia) 60534 1
Saint-Narcisse 63226 0
Saint-Narcisse-de-Beaurivage 62811 0
Saint-Narcisse-de-Rimouski 60712 1
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est) . 69456 1
Saint-Nazaire-d'Acton 64024 0
Saint-Nazaire-de-Dorchester 62219 0
Saint-Nérée-de-Bellechasse 61514 0
Saint-Noël (La Matapédia) 60536 1
Saint-Norbert (D'Autray) 64919 0
Saint-Norbert-d'Arthabaska 63414 0
Saint-Octave-de-Métis 60631 1
Saint-Odilon-de-Cranbourne 62216 0
Saint-Omer (L'Islet) 61302 0
Saint-Onesime-d'Ixworth 61009 6
Saint-Ours (Le Bas-Richelieu) 65012 0
Saint-Pacôme (Kamouraska) 61020 6
Saint-Pamphile (L'Islet) 61301 0
Saint-Pascal 61018 6
Saint-Patrice-de-Beaurivage 62805 0
Saint-Patrice-de-Sherrington 66704 0
Saint-Paul (Joliette) 65802 0
Saint-Paul-d'Abbotsford 65204 0
Saint-Paul-de-la-Croix 60812 1
Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix 65506 0
Saint-Paul-de-Montminy 61409 0
Saint-Paul-du-Nord-Sault-au-Mouton 69736 1
Saint-Paulin (Maskinongé) 64714 0
Saint-Philémon (Bellechasse) 61506 0
Saint-Philibert (Beauce-Sartigan) 62316 0
Saint-Philippe (Roussillon) 66602 0
Saint-Philippe-de-Néri 61019 6
Saint-Pie 64002 0
Saint-Pie-de-Guire (Drummond) 64212 0
Saint-Pierre (Joliette) 65804 0
Saint-Pierre-Baptiste 62731 0
Saint-Pierre-de-Broughton 62370 0
Saint-Pierre-de-Lamy 60930 1
Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud 61419 0
Saint-Pierre-les-Becquets 63344 0
Saint-Placide (Deux-Montagnes) 67324 0
Saint-Polycarpe (Vaudreuil-Soulanges) 67122 0
Saint-Prime (Le Domaine-du-Roy) ... 69020 1
Saint-Prosper 63212 0
Saint-Prosper (Les Etchemins) 62204 0
Saint-Raphaël (Bellechasse) 61521 0
Saint-Raphaël-d'Albertville 60508 1
Saint-Raymond (Portneuf) 62941 0
Saint-Rémi (Les Jardins-de-Napierville) 66712 0
Saint-Rémi-de-Tingwick 63406 0
Saint-René (Beauce-Sartigan) 62312 0
Saint-René-de-Matane 60613 1
Saint-Robert (Le Bas-richelieu) 65008 0
Saint-Robert-Bellarmin 62419 0
Saint-Roch-de-l'Achigan 66221 0
Saint-Roch-de-Mékinac 63248 0
Saint-Roch-de-Richelieu 65014 0
Saint-Roch-des-Aulnaies 61321 0
Saint-Romain (Le Granit) 62436 0
Saint-Rosaire (Arthabaska) 63436 0
Saint-Samuel (Arthabaska) 63301 0
Saint-Sauveur 66341 0
Saint-Sébastien (Le Granit) 62433 0
Saint-Sébastien (Le Haut Richelieu) 65301 0
Saint-Sévère (Maskinonge) 64318 0
Saint-Séverin (Mékinac) 63224 0
Saint-Séverin (Robert-Cliche) 62372 0
Saint-Siméon 61102 0
Saint-Siméon (Bonaventure) 60421 1
Saint-Simon (Les Basques) 60754 1
Saint-Simon (Les Maskoutains) 64029 0
Saint-Simon-les-Mines 62332 0
Saint-Sixte (Papineau) 67529 0
Saint-Stanislas 63220 0
Saint-Stanislas (Maria-Chapdelaine) 69039 1
Saint-Stanislas-de-Kostka 67004 0
Saint-Sulpice (L'Assomption) 66211 0

Saint-Sylvère (Bécancour) 63313 0
Saint-Sylvestre (Lotbinière) 62802 0
Saint-Télesphore (Vaudreuil-Soulanges) 67126 0
Saint-Tharcisius (La Matapédia) 60509 1
Saint-Théodore-d'Acton 64022 0
Saint-Théophile (Beauce-Sartigan)..62303 0
Saint-Thomas (Joliette) 65801 0
Saint-Thomas-Didyme 69052 1
Saint-Thuribe (Portneuf).....62954 0
Saint-Tite (Mékinac) 63231 0
Saint-Tite-des-Caps 61701 0
Saint-Ubalde (Portneuf) 62957 0
Saint-Ulric 60624 1
Saint-Urbain (Charlevoix).....61218 0
Saint-Urbain-Premier.....66908 0
Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu) ...65508 0
Saint-Valère (Arthabaska) 63438 0
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette) ..60746 1
Saint-Valérien-de-Milton.....63939 0
Saint-Vallier (L'Amiante).....61531 0
Saint-Venant-de-Hereford 62502 0
Saint-Vianney (La Matapédia).....60521 1
Saint-Victor (Robert-Cliche) 62346 0
Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska) 63318 0
Saint-Zacharie (Les Etchemins).....62306 0
Saint-Zénon (Matawinie) 64929 0
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui 60519 1
Saint-Zéphirin-de-Courval.....64209 0
Saint-Zotique (Vaudreuil-Soulanges).....67115 0
Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut) .66351 0
Sainte-Agathe-de-Lotbinière.....62810 0
Sainte-Agathe-des-Monts 66362 0
Sainte-Angèle (Maskinongé) 64718 0
Sainte-Angèle-de-Mérici 60706 1
Sainte-Angèle-de-Monnoir.....65209 0
Sainte-Anne-de-Beaupré 61710 0
Sainte-Anne-de-Bellevue 66521 0
Sainte-Anne-de-la-Pérade 63201 0
Sainte-Anne-de-la-Pocatière.....61036 6
Sainte-Anne-de-la-Rochelle.....63918 0
Sainte-Anne-de-Sabrevois.....65309 0
Sainte-Anne-des-Lacs 66338 0
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle.....60312 1
Sainte-Anne-de-Sorel.....65016 0
Sainte-Anne-des-Plaines 66314 0
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle) 67650 5
Sainte-Anne-du-Sault.....63448 0
Sainte-Apolline-de-Patton 61408 0
Sainte-Aurélie (Les Etchemins).....62308 0
Sainte-Barbe (Le Haut-Saint-Laurent) 66819 0
Sainte-Béatrix (Matawinie) 65831 0
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette) 60726 1
Sainte-Brigide-d'Iberville 65311 0
Sainte-Brigitte-de-Laval 61716 0
Sainte-Brigitte-des-Saults 63324 0
Sainte-Catherine (Roussillon)..... 66606 0
Sainte-Catherine-de-Hatley..... 63731 0
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier..... 62909 0
Sainte-Cécile-de-Lévrard 63342 0
Sainte-Cécile-de-Milton..... 63932 0
Sainte-Cécile-de-Whitton 62414 0
Sainte-Christine (Acton) 64008 0
Sainte-Christine (Portneuf) 62944 0
Sainte-Claire (Bellechasse)..... 62225 0
Sainte-Clothilde-de-Horton..... 63439 0
Sainte-Clotilde-de-Beauce 62351 0
Sainte-Clotilde-de-Châteauguay..... 66901 0
Sainte-Croix..... 62852 0
Sainte-Edwidge-de-Clifton 62511 0
Sainte-Élisabeth (D'Autray) 65809 0
Sainte-Élizabeth-de-Warwick 63424 0
Sainte-Émélie-de-l'Énergie..... 65834 0
Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska) 63302 0
Sainte-Euphémie-sur-Rivière-du-Sud 61412 0
Sainte-Félicité (L'Islet)..... 61308 0
Sainte-Félicité (Matane) 60618 1
Sainte-Flavie (La Mitis) 60731 1
Sainte-Florence (La Matapédia)..... 60502 1
Sainte-Françoise (Bécancour) 62839 0
Sainte-Françoise (Les Basques)..... 60811 1
Sainte-Geneviève-de-Batiscan 63214 0
Sainte-Geneviève-de-Berthier..... 64904 0
Sainte-Germaine-Boule..... 68441 1
Sainte-Gertrude-Manneville 68425 1
Sainte-Hedwidge (Le Domaine-du-Roy)..... 69018 1
Sainte-Hélène-de-Kamouraska 61014 6
Sainte-Hélène-de-Bagot..... 64027 0
Sainte-Hélène-de-Chester..... 63401 0
Sainte-Hélène-de-Mancebourg..... 68456 1
Sainte-Hénédine (La Nouvelle-Beauce) 62229 0
Sainte-Irène (La Matapédia) 60526 1
Sainte-Jeanne D'Arc (Maria-Chapdelaine)..... 69033 1
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia) ... 60538 1
Sainte-Julie (Lajemmerais)..... 65706 0
Sainte-Julienne (Montcalm)..... 66112 0
Sainte-Justine (Les Etchemins)..... 62206 0
Sainte-Justine-de-Newton 67219 0
Sainte-Louise (L'Islet)..... 61316 0
Sainte-Luce-Luceville..... 60734 1
Sainte-Lucie-de-Beauregard..... 61404 0
Sainte-Lucie-des-Laurentides 66358 0
Sainte-Madeleine (Les Maskoutains)..... 65106 0
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine 60302 1
Sainte-Marcelline-de-Kildare..... 65828 0
Sainte-Marguerite (La Nouvelle-Beauce) 62228 0
Sainte-Marguerite (Matapédia) 60501 1
Sainte-Marguerite et Esterel..... 66349 0

Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce). 62375 0
Sainte-Marie-de-Blandford 63327 0
Sainte-Marie-Madeleine..... 65104 0
Sainte-Marie-Salomé 66101 0
Sainte-Marthe
(Vaudreuil-Soulanges) 67220 0
Sainte-Marthe-sur-le-Lac 67306 0
Sainte-Martine
(Beauharnois-Salaberry) 66919 0
Sainte-Mélanie (Joliette) 65824 0
Sainte-Monique
(Lac Saint-Jean-Est) 69336 1
Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska) . 63341 0
Sainte-Odile-sur-Rimouski 60742 1
Sainte-Paule (Matane) 60610 1
Sainte-Perpétue (L'Islet) 61306 0
Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska). 63322 0
Sainte-Praxède (L'Amiante)..... 62631 0
Sainte-Rita (Les Basques)..... 60801 1
Sainte-Rose-de-Watford 62208 0
Sainte-Rose-du-Nord..... 69434 0
Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi) .. 65432 0
Sainte-Sabine (Les Etchemins) 61504 0
Sainte-Séraphine (Arthabaska) 63434 0
Sainte-Sophie 66321 0
Sainte-Sophie (L'Érable)..... 62739 0
Sainte-Sophie-de-Lévrard 63326 0
Sainte-Thècle (Mekinac)..... 63242 0
Sainte-Thérèse (Thérèse De
Blainville) 66309 0
Sainte-Thérèse-de-Gaspé 60216 1
Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau 67832 1
Sainte-Ursule (Maskinongé) 64709 0
Sainte-Victoire-de-Sorel..... 65009 0
Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce) 62368 0
Saints-Martyrs-Canadiens 62626 0
Salaberry-de-Valleyfield 67016 0
Salluit 69875 3
Sault-au-Cochon (La Côte-
de-Beaupré) 61791 0
Sayabec..... 60530 1
Schefferville 69801 2
Scotstown 62538 0
Scott..... 62231 0
Senneterre 68409 1
Senneville 66524 0
Sept-Îles..... 69711 1
Shannon..... 62914 0
Shawinigan 64319 0
Shawville..... 68009 1
Sheen-Esher-Aberdeen-et-
Malakoff 68039 1
Shefford 63904 0
Sherbrooke 63608 0
Shigawake 60406 1
Sorel-Tracy..... 65021 0
Stanbridge..... 65421 0
Stanbridge Station..... 65426 0
Stanstead..... 63714 0
Stanstead-Est 63716 0
Stoke 63508 0
Stoneham-et-Tewkesbury 62051 0
Stornoway 62438 0
Stratford 62621 0
Suffolk-et-Addington 67546 0
Sutton..... 63804 0
Tadoussac..... 69744 1
Taschereau..... 68436 1
Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles)..... 69862 3
Témiscaming..... 68301 1
Témiscouata-sur-le-Lac 60910 1
Terrasse-Vaudreuil 67204 0
Terrebonne..... 66201 0
Thetford Mines 62709 0
Thorne..... 68012 1
Thurso 67512 0
Timiscaming (Réserve indienne) 68389 1
Tingwick..... 63410 0
Tourville 61311 0
Trecesson..... 68432 1
Très-Saint-Rédempteur 67224 0
Très-Saint-Sacrement..... 66921 0
Tring-Jonction 62361 0
Trois-Pistoles 60821 1
Trois-Rivières..... 64302 0
Ulverton..... 64106 0
Umiujaq (Baie d'Hudson)..... 69847 3
Upton 64014 0
Val-Alain 62818 0
Val-Brillant 60524 1
Valcourt 63924 0
Val-David..... 66356 0
Val-des-Bois..... 67556 0
Val-des-Lacs 66128 0
Val-des-Monts 67537 0
Val-d'Or 68403 1
Vallée-Jonction..... 62371 0
Val-Morin 66354 0
Val-Racine..... 62409 0
Val-Saint-Gilles..... 68471 1
Varennes 65713 0
Vaudreuil-Dorion 67215 0
Venise-en-Québec 65411 0
Verchères 65717 0
Victoriaville 63431 0
Ville-Marie 68304 1
Villeroy..... 62819 0
Waltham-et-Bryson..... 68031 1
Warden..... 63909 0
Warwick..... 63422 0
Waskaganish (Fort-Rupert)..... 69885 3
Waswanipi (Terre Réservée) 69880 3
Waswanipi (Village Cri) 69810 3
Waterloo 63906 0
Waterville..... 62519 0
Weedon..... 62611 0
Wemindji (Village Cri)..... 69840 3
Wendake (Village-des-Hurons)..... 62081 0
Wentworth 67422 0
Wentworth-Nord 67424 0

Westbury	62532	0
Westmount	66526	0
Weymontachie (Réserve indienne)	63282	1
Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888	3
Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888	3
Whitworth (Réserve indienne)	60882	6
Wickham	64120	0
Windsor	63511	0
Winneway	68388	1
Wolinak (Réserve indienne)	63381	0
Wotton	62608	0
Wright-Gracefield-Northfield	67826	1
Yamachiche	64311	0
Yamaska	64232	0

5. PAIEMENT

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

Remarque :
- Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux professionnels rémunérés **à l'acte**.
- Pour les professionnels rémunérés à **honoraires fixes, vacation ou tarif horaire**, toutes les informations paraissent à l'onglet *Paiement* de la **brochure n^{o} 2**.
- Pour les professionnels visés par les **mesures incitatives,** les informations paraissent à l'onglet *Paiement* de la **brochure n^{o} 3**.

5.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

5.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, notamment en télécommunication, des **rapports d'erreurs de facturation** sont disponibles dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

a) les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation);
b) les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes.

L'agence n'a donc pas à attendre la réception des états de compte pour pouvoir refacturer des demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, puisque ces erreurs sont rapportées à l'agence, souvent avant la fin de la même période de paiement.

LE RAPPORT D'ERREURS est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

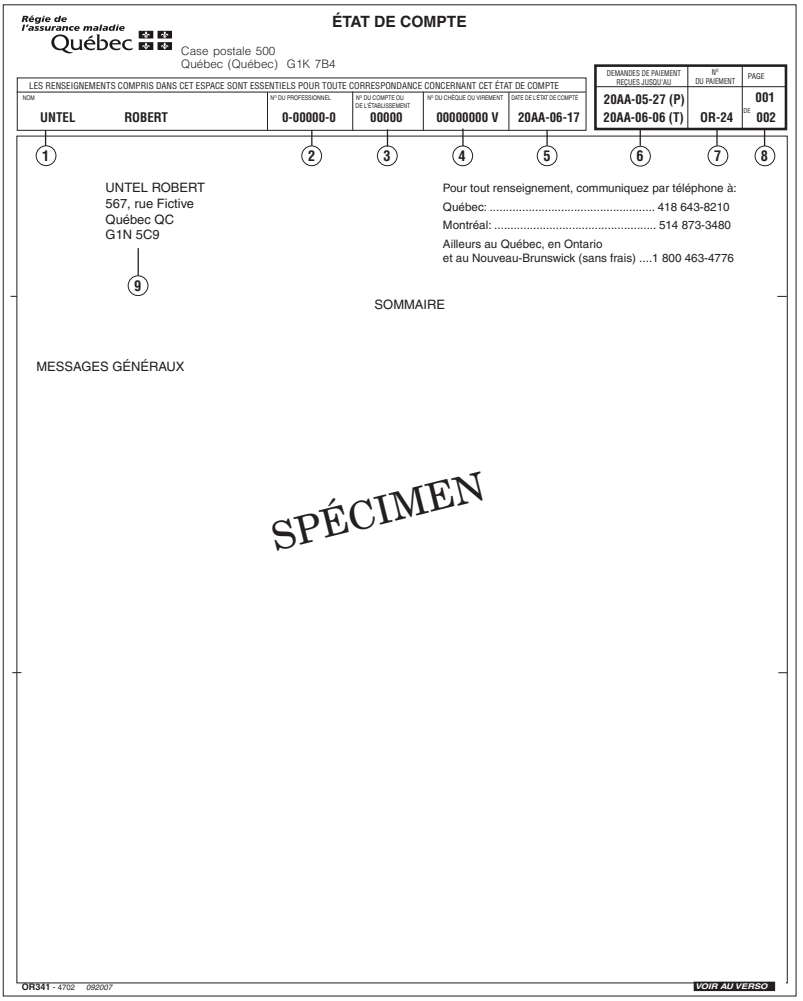
5.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907. Les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes, paraissent avec le code de message explicatif 997. (Voir sous l'onglet *Messages explicatifs*).

5.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200 $.



Régie de l'assurance maladie Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-06-17

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-05-27 (P)		001
20AA-06-06 (T)	OR-24	DE 002

1 2 3 4 5 6 7 8

UNTEL ROBERT
567, rue Fictive
Québec QC
G1N 5C9

9

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:
Québec: 418 643-8210
Montréal: 514 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX

SPÉCIMEN

OR341 - 4702 0920007

VOIR AU VERSO

5.4.1 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 ainsi que la liste des demandes de paiement ou des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

5.4.1.1 **Renseignements généraux** (parties **1 à 9** et **sommaire**)

1. NOM : nom et prénom du médecin.

2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro du médecin (7 chiffres).

3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : numéro de groupe du médecin s'il y a lieu (compte administratif).

 # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire *(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 correspond à celle du chèque. Le virement bancaire *(dépôt direct)* est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.

 # 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. La forme de réception est indiquée comme suit : la lettre **« P »** papier et **« T »** par Internet ou par télécommunication.

7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut 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 par son mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la 1re page de l'état de compte.

Sommaire

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

Messages généraux
Paiements 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 (cotisation FMOQ)
Description des codes de transactions (TRA)

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

Régie de l'assurance maladie Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-05-27 (P) 20AA-06-06 (T)	OR-24	002 DE 002

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-06-17

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a		6a														

DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE

SPÉCIMEN

DEMANDES DE REMBOUSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22

REMARQUE :
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.

FIN DU RELEVÉ

OR341 - 4702 *092007*

5.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction. (parties **1a à 6a**)

1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Sauf pour le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande, celle-ci paraît sur la ligne suivante).

- Les demandes de paiement CSST sont identifiées par la lettre « S » ou « T » qui précède le numéro.
- Les demandes de paiement SLE sont identifiées par la lettre « H » qui précède le numéro.

2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : 98-10-28.

3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.

4a. BÉNÉFICIAIRE (Personne assurée) : Les quatre premiers caractères du NAM.

5a. CODE : N^{o} référant à la nature de la transaction (TRA) (Voir 5.7) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir onglet MESSAGES EXPLICATIFS).

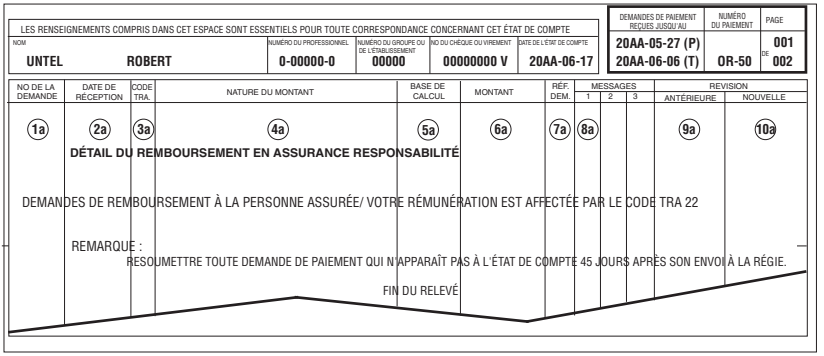
6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

5.4.1.3 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 à l'encontre de la loi, un paiement d'une personne assurée. On y retrouve les mêmes renseignements que ceux définis à **5.4.1.2**.

5.4.1.4 Partie de l'état de compte relative au remboursement de l'assurance responsabilité

EXEMPLE



LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-06-17

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
20AA-05-27 (P)		001
20AA-06-06 (T)	OR-50	DE 002

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES 1	2	3	REVISION ANTÉRIEURE	REVISION NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
			DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ								
			DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22								
			REMARQUE : RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.								
			FIN DU RELEVÉ								

\# **1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéro de contrôle externe (2904-6) de la demande de remboursement en assurance responsabilité selon le formulaire 2904 ou, s'il s'agit d'un remboursement à la suite de la réception du fichier de l'ACPM, le numéro correspondant à la date d'envoi du fichier (année et mois). Ex. : le paiement qui sera fait à la suite de la réception du fichier de janvier 2015 portera le numéro 1501.

2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : 20AA-06-03.

\# **3a.** CODE TRA : Code de la transaction (TRA) décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement (voir 5.7).

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 dont le texte figure sous **Description des codes de messages explicatifs - Assurance responsabilité**.

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).

5.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le professionnel est soumis (Voir 5). Le professionnel 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 les concilier avec ses états de compte.

5.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

5.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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.

5.5.2 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 d'en soumettre une nouvelle**.

5.5.3 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 5.7) et du code de message explicatif approprié (Voir l'onglet *Messages explicatifs*).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui doit lui présenter une **demande de révision**. *(voir **5.5.4 b**)*

5.5.4 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 5.7) 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 visé paraît dans la colonne *ACTE*. Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

a) **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 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.

Attention de bien inscrire la date du service rendu et non pas la date du jour où vous effectuez votre refacturation. Si vous éprouvez des difficultés à ce sujet avec votre logiciel de facturation, veuillez consulter votre développeur de logiciel.

b) **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de 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 5.7.1) 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 la rectification d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n^{o} 1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur ce formulaire. Vous pouvez également retrouver dans le **site Internet** de la Régie, le formulaire en **deux versions**, dynamique (à remplir à l'écran et imprimer) et statique (à imprimer et remplir).

5.6 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 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 - erreur 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 professionnel de la santé 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** et inscrire **la lettre « B »** dans la case *C.S.* de la nouvelle demande de paiement tel que mentionné au point 5.5.4 a).

5.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 5.7.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir l'onglet *Messages explicatifs*).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

00- Demandes 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 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, reparaîtra sur un état de compte subséquent.

10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).

11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).

12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).

18- Prime de responsabilité

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, reparaîtra après traitement sur un état de compte subséquent.

21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.

22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.

23- Demande de révision payée à zéro.

28- Révision de la prime de responsabilité

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).
(Demande de paiement retenue, ***non payée avant appréciation****)*

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- DP *(Demande de paiement)* révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avions 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.

5.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2015

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)				1	▼ 2	3
(3)	5	● 6	7	8	9	10
(4)	12	13	14	15	▼ 16	17
(5)	19	● 20	21	22	23	24
(6)	26	27	28	29	▼ 30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	● 3	35	36	37	38
(8)	40	41	42	43	▼ 44	45
(9)	47	● 48	49	50	51	52
(10)	54	55	56	57	▼ 58	59

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	● 62	63	64	65	66
(12)	68	69	70	71	▼ 72	73
(13)	75	● 76	77	78	79	80
(14)	82	83	84	85	▼ 86	87
(15)	89	● 90				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	▼ 100	101
(17)	103	● 104	105	106	107	108
(18)	110	111	112	113	▼ 114	115
(19)	117	● 118	119	120		

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)					121	122
(20)	124	125	126	127	▼ 128	129
(21)	131	● 132	133	134	135	136
(22)	138	139	140	141	▼ 142	143
(23) 24 31	145	● 146	147	148	149	150

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	▼ 156	157
(25)	159	● 160	161	162	163	164
(26)	166	167	168	169	▼ 170	171
(27)	173	● 174	175	176	177	178
(28)	180	181				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	▼ 184	185
(29)	187	● 188	189	190	191	192
(30)	194	195	196	197	▼ 198	199
(31)	201	● 202	203	204	205	206
(32)	208	209	210	211	▼	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						213
(33)	215	● 216	217	218	219	220
(34)	222	223	224	225	▼ 226	227
(35)	229	● 230	231	232	233	234
(36) 23 30	236	237	238	239	▼ 240	241

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		● 244	245	246	247	248
(38)	250	251	252	253	▼ 254	255
(39)	257	● 258	259	260	261	262
(40)	264	265	266	267	▼ 268	269
(41)	271	● 272	273			

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				274	275	276
(42)	278	279	280	281	▼ 282	283
(43)	285	● 286	287	288	289	290
(44)	292	293	294	295	▼ 296	297
(45)	299	● 300	301	302	303	304

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	▼ 310	311
(47)	313	● 314	315	316	317	318
(48)	320	321	322	323	▼ 324	325
(49)	327	● 328	329	330	331	332
(50)	334					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		335	336	337	▼ 338	339
(51)	341	● 342	343	344	345	346
(52)	348	349	350	351	▼ 352	353
(53)	355	● 356	357	358	359	360
(2)	362	363	364	365		

7095 .222 13/09

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2016

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)					▼ 1	2
(3) 3	4	● 5	6	7	8	9
(4) 10	11	12	13	14	▼ 15	16
(5) 17	18	● 19	20	21	22	23
(6) 24 31	25	26	27	28	▼ 29	30

FÉVRIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32 1	● 2	34 3	35 4	36 5	37 6
(8) 7	39 8	40 9	41 10	42 11	▼ 12	44 13
(9) 14	46 15	● 16	48 17	49 18	50 19	51 20
(10) 21	53 22	54 23	55 24	56 25	▼ 26	58 27
(11) 28	60 29					

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		● 1	62 2	63 3	64 4	65 5
(12) 6	67 7	68 8	69 9	70 10	▼ 11	72 12
(13) 13	74 14	● 15	76 16	77 17	78 18	79 19
(14) 20	81 21	82 22	83 23	84 24	▼ 25	86 26
(15) 27	88 28	● 29	90 30	91 31		

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)					92 1	93 2
(16) 3	95 4	96 5	97 6	98 7	▼ 8	100 9
(17) 10	102 11	● 12	104 13	105 14	106 15	107 16
(18) 17	109 18	110 19	111 20	112 21	▼ 22	114 23
(19) 24	116 25	● 26	118 27	119 28	120 29	121 30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20) 1	123 2	124 3	125 4	126 5	▼ 6	128 7
(21) 8	130 9	● 10	132 11	133 12	134 13	135 14
(22) 15	137 16	138 17	139 18	140 19	▼ 20	142 21
(23) 22	144 23	● 24	146 25	147 26	148 27	149 28
(24) 29	151 30	152 31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)			153 1	154 2	▼ 3	156 4
(25) 5	158 6	● 7	160 8	161 9	162 10	163 11
(26) 12	165 13	166 14	167 15	168 16	▼ 17	170 18
(27) 19	172 20	● 21	174 22	175 23	176 24	177 25
(28) 26	179 27	180 28	181 29	182 30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					▼ 1	184 2
(29) 3	186 4	● 5	188 6	189 7	190 8	191 9
(30) 10	193 11	194 12	195 13	196 14	▼ 15	198 16
(31) 17	200 18	● 19	202 20	203 21	204 22	205 23
(32) 24 31	207 25	208 26	209 27	210 28	▼ 29	212 30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214 1	● 2	216 3	217 4	218 5	219 6
(34) 7	221 8	222 9	223 10	224 11	▼ 12	226 13
(35) 14	228 15	● 16	230 17	231 18	232 19	233 20
(36) 21	235 22	236 23	237 24	238 25	▼ 26	240 27
(37) 28	242 29	● 30	244 31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				245 1	246 2	247 3
(38) 4	249 5	250 6	251 7	252 8	▼ 9	254 10
(39) 11	256 12	● 13	258 14	259 15	260 16	261 17
(40) 18	263 19	264 20	265 21	266 22	▼ 23	268 24
(41) 25	270 26	● 27	272 28	273 29	274 30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						275 1
(42) 2	277 3	278 4	279 5	280 6	▼ 7	282 8
(43) 9	284 10	● 11	286 12	287 13	288 14	289 15
(44) 16	291 17	292 18	293 19	294 20	▼ 21	296 22
(45) 23 30	298 24 31	● 25	300 26	301 27	302 28	303 29

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)		306 1	307 2	308 3	▼ 4	310 5
(47) 6	312 7	● 8	314 9	315 10	316 11	317 12
(48) 13	319 14	320 15	321 16	322 17	▼ 18	324 19
(49) 20	326 21	● 22	328 23	329 24	330 25	331 26
(50) 27	333 28	334 29	335 30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)				336 1	▼ 2	338 3
(51) 4	340 5	● 6	342 7	343 8	344 9	345 10
(52) 11	347 12	348 13	349 14	350 15	▼ 16	352 17
(53) 18	354 19	● 20	356 21	357 22	358 23	359 24
(54) 25	361 26	362 27	363 28	364 29	▼ 30	366 31

7095 202 15.08

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2017

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1) 1	2	3 ●	4	5	6 ▼	7
(2) 8	9	10	11	12	13 ▼	14
(3) 15	16	17 ●	18	19	20 ▼	21
(4) 22	23	24	25	26	27 ▼	28
(5) 29	30	31 ●				

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			32 1	33 2	34 3 ▼	35 4
(6) 5	37 6	38 7	39 8	40 9	42 10 ▼	11
(7) 12	44 13	14 ●	46 15	47 16	48 17 ▼	49 18
(8) 19	51 20	52 21	53 22	54 23	56 24 ▼	25
(9) 26	58 27	28 ●				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			60 1	61 2	62 3 ▼	63 4
(10) 5	65 6	66 7	67 8	68 9 ▼	70 10	11
(11) 12	72 13	14 ●	74 15	75 16	76 17 ▼	77 18
(12) 19	79 20	80 21	81 22	82 23 ▼	24	84 25
(13) 26	86 27	28 ●	88 29	89 30	90 31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						91 1
(14) 2	93 3	94 4	95 5	96 6	7 ▼	98 8
(15) 9	100 10	11 ●	102 12	103 13	104 14	105 15
(16) 16	107 17	108 18	109 19	110 20	21 ▼	112 22
(17) 23 30	114 24	25 ●	116 26	117 27	118 28	119 29

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121 1	122 2	123 3	124 4	5 ▼	126 6
(19) 7	128 8	9 ●	130 10	131 11	132 12	133 13
(20) 14	135 15	136 16	137 17	138 18	19 ▼	140 20
(21) 21	142 22	23 ●	144 24	145 25	146 26	147 27
(22) 28	149 29	150 30	151 31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				152 1	154 2 ▼	3
(23) 4	156 5	6 ●	158 7	159 8	160 9	161 10
(24) 11	163 12	164 13	165 14	166 15	16 ▼	168 17
(25) 18	170 19	20 ●	172 21	173 22	174 23	175 24
(26) 25	177 26	178 27	179 28	180 29	30 ▼	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						182 1
(27) 2	184 3	4 ●	186 5	187 6	188 7	189 8
(28) 9	191 10	192 11	193 12	194 13	14 ▼	196 15
(29) 16	198 17	18 ●	200 19	201 20	202 21	203 22
(30) 23 30	205 24 31	206 25	207 26	208 27	28 ▼	210 29

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		214 1 ●	215 2	216 3	4 ▼	217 5
(32) 6	219 7	220 8	221 9	222 10	11 ▼	224 12
(33) 13	226 14	15 ●	228 16	229 17	230 18	231 19
(34) 20	233 21	234 22	235 23	236 24	25 ▼	238 26
(35) 27	240 28	29 ●	242 30	243 31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)					244 1 ▼	245 2
(36) 3	247 4	248 5	249 6	250 7	8 ▼	252 9
(37) 10	254 11	12 ●	256 13	257 14	258 15	259 16
(38) 17	261 18	262 19	263 20	264 21	22 ▼	266 23
(39) 24	268 25	26 ●	270 27	271 28	272 29	273 30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40) 1	275 2	276 3	277 4	278 5	6 ▼	280 7
(41) 8	282 9	10 ●	284 11	285 12	286 13	287 14
(42) 15	289 16	290 17	291 18	292 19	20 ▼	294 21
(43) 22	296 23	24 ●	298 25	299 26	300 27	301 28
(44) 29	303 30	304 31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)			305 1	306 2	3 ▼	308 4
(45) 5	310 6	7 ●	312 8	313 9	314 10	315 11
(46) 12	317 13	318 14	319 15	320 16	17 ▼	322 18
(47) 19	324 20	21 ●	326 22	327 23	328 24	329 25
(48) 26	331 27	332 28	333 29	334 30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)					▼ 1	336 2
(49) 3	338 4	5 ●	340 6	341 7	342 8	343 9
(50) 10	345 11	346 12	347 13	348 14	15 ▼	350 16
(51) 17	352 18	19 ●	354 20	355 21	356 22	357 23
(52) 24 31	359 25	360 26	361 27	362 28	▼ 29	364 30

7095 392 1508

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

6. MESSAGES EXPLICATIFS *(MSG)*

6.0 AVANT-PROPOS

Outre les codes (2 chiffres) de transaction (TRA) paraîssant à l'état de compte et décrits à la section 5.7.1 de l'onglet PAIEMENT, informant le professionnel de **l'état du règlement** de ses demandes de paiement, la présente partie du manuel contient une autre codification numérique (3 chiffres) pour les messages explicatifs (EXPL.) informant des **motifs à l'appui d'un changement au montant demandé**.

\# La première partie **(6.1)** des messages explicatifs (001 à 099) est en rapport avec le **remboursement de l'assurance responsabilité**, tandis que la deuxième partie **(6.2)** vise principalement les **services médicaux**. Les messages concernant le **Programme de formation continue** sont disponibles dans la Brochure n^{o} 3.

Remarque : Lorsqu'un message explicatif paraît à l'état de compte, le professionnel doit **vérifier** le texte du message ainsi que la description de l'état du règlement, (TRA) et **soumettre s'il y a lieu, une nouvelle demande de paiement ou de remboursement**. (Voir section 5.5.4 à l'onglet PAIEMENT).

6.1 MSG / ASSURANCE RESPONSABILITÉ

001 Accusé de réception absent.

002 Carte de membre inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.

003 Mention « payée » absente sur la facture ou sceau de la banque absent sur la copie du chèque.

004 Reçu officiel ACPM inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.

005 La demande de remboursement d'assurance responsabilité n'est pas dûment signée.

006 La date de début ou de fin de la période est non valide, incomplète, illisible ou absente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.

007 Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.

008 La copie du médecin a été envoyée au lieu de celle de la Régie.

009 Vous n'avez pas répondu à notre demande de renseignements.

010 Une lettre explicative vous parviendra sous peu.

011 Votre demande de remboursement étant endommagée, elle a été traitée sous le numéro 9999.

012 Votre demande de remboursement étant rédigée sur un formulaire périmé, elle a été traitée sous le numéro 9999. Veuillez utiliser dorénavant le formulaire approprié.

013 Vous n'avez droit à aucun remboursement d'assurance responsabilité pour cette année, puisque 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.

014 Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé en excluant les périodes de l'année où 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.

015 Quote-part de prime d'assurance responsabilité non remboursable pour une personne décédée.

016 La quote-part de prime d'assurance responsabilité a été calculée pour la période de l'année précédant le décès.

017 Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la période de l'année qui suit la date d'obtention de votre permis de pratique.

018 Puisque l'année réclamée est antérieure à la date d'obtention de votre permis de pratique, vous n'avez droit à aucun remboursement.

020 Vos revenus ne vous rendent pas admissible au remboursement d'une quote-part de votre prime d'assurance responsabilité. Veuillez nous faire parvenir une demande de révision lorsque vous aurez dépassé le montant prévu.

021 Compte tenu que vos revenus pour la période du 1er avril au 31 mars précédant l'année en traitement sont inférieurs à 36 000 $ et que ceux de l'année en traitement sont supérieurs à 10 000 $ sans dépasser 36 000 $, votre remboursement a été calculé selon le 3e paragraphe de l'article 2.06 de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité. Soumettre une demande de révision si votre situation change.

022 Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour tel qu'il paraît sur votre preuve de paiement.

023 Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour, frais d'administration, taxes et autres frais exclus.

024 Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à la franchise. Veuillez soumettre une nouvelle demande quand le montant payé sera supérieur à la franchise.

025 Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité, car le montant de la prime annuelle est égal ou inférieur à la franchise.

026 La quote-part de votre prime d'assurance responsabilité à laquelle vous avez droit pour l'année vous a déjà été remboursée.

028 Le délai de facturation prévu à l'entente est expiré.

029 Votre demande de remboursement a été traitée selon votre entente à la fin de l'année.

030 Le contrat d'assurance fourni excède un an. Nous n'avons traité que la première année seulement. Lorsque l'entente sera en vigueur pour la période non considérée, veuillez soumettre une nouvelle demande de remboursement.

032 L'entente est non signée pour l'année réclamée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.

033 Votre remboursement a été calculé selon l'article 4 de l'annexe XII concernant, entre autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

034 Une partie de votre remboursement a été calculée selon les dispositions prévues à l'article 4 de l'annexe XII concernant, entres autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

036 Vos revenus ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.

037 Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.

038 Révision d'une demande de remboursement déjà payée.

039 Révision effectuée à la suite de votre demande.

040 Révision d'un paiement. Une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.

042 Le délai de révision est expiré selon l'entente.

043 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.

044 Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.

045 Révision effectuée à la suite d'un changement d'un ou de plusieurs genres d'activités médicales pour l'année.

046 Révision effectuée à la suite d'un changement de la durée de votre période de couverture pour l'année.

047 Révision effectuée à la suite de la signature de l'entente pour l'année.

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.

053 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 75.

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 payée à ce jour est égal ou inférieur à votre contribution.

\# **061** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.

999 À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

6.2 MSG / SERVICES MÉDICAUX

100 Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. *(*)*

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. *(*)*

103 Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. *(*)*

104 Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. *(*)*

105 Personne non admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. *(*)*

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 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

107 Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

108 La date de naissance de la personne assurée est erronée. *(*)*

110 La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services.

111 Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. *(*)*

112 L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. *(*)*

113 Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. *(*)*

114 La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.

116 Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *(*)*

117 La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours à la date des services. *(*)*

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 un programme d'aide de dernier recours n'est pas respecté. *(*)*

120 L'adresse de la personne assurée ne correspond pas à celle inscrite dans nos fichiers. Une vérification est en cours.

121 En raison de la règle 6 du préambule particulier de médecine nucléaire, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

123 La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas au fichier d'inscription des personnes assurées.

124 Conformément aux instructions de facturation figurant sous les codes d'acte de traitements physiatriques, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 035.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

125 En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques ou de la règle 8 du préambule de chirurgie, 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 assurée de 18 à 64 ans inclusivement (réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

 # 128 Les honoraires demandés ont été refusés puisqu'ils n'ont pas été réclamés sur un formulaire *Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200*. Le code de l'acte facturé sur la demande de remboursement présentée par la personne assurée, a été modifié pour correspondre au service assuré en vigueur et présent à la nomenclature de l'entente concernée. Veuillez facturer conformément aux dispositions de l'entente ainsi qu'aux instructions de facturation paraissant dans le Manuel de facturation sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

129 Vous devez indiquer la lettre appropriée 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.

138 Seuls les médecins participants peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement (voir entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale).

139 Conformément à l'entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale, il ne peut être payé qu'un demi-forfait par période de 6 mois.

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.

143 Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

 # 144 Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur. Le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.

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 qui évaluent 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 Vous ne pouvez être rémunéré pour le code d'acte demandé car les services payables au regard d'une ordonnance de traitement, sont ceux de votre entente générale.

150 En raison de la règle 3.1 du préambule de la radiologie diagnostique, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.

151 En raison de la règle 7.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

152 En raison de la règle 8.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

153 En raison de la règle 10.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

154 En raison de la règle 11.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

156 En raison de la règle 2.4.7.4 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

160 Selon la note ou la remarque inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable.

161 Selon la note inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable, car la chirurgie a été pratiquée sous anesthésie générale et réclamée par un autre professionnel.

162 Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 ou 062 en précisant les modificateurs pertinents dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

164 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).

165 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient et a déjà été payé à un autre professionnel (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).

166 En raison de la règle 2.4.4 du préambule général, aucun paiement d'honoraires n'est prévu pour l'observation, le médecin n'est rémunéré que pour les **services médicaux** qu'il a lui-même fournis.

167 Cet acte est non payable puisqu'il vous a été payé en rôle 2 pour l'acte codé en référence.

168 Cet acte est non payable puisqu'il a été payé à un autre professionnel en rôle 2 pour l'acte codé en référence.

171 Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.

174 Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.

175 L'anesthésie est non payable, car sur l'une des lignes du service le modificateur utilisé est incompatible avec l'établissement. Veuillez vérifier le modificateur et le code d'établissement et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

193 Conformément à l'Entente particulière clinique-réseau, les modificateurs 176 et 180 ou leurs multiples sont acceptables seulement dans une clinique-réseau.

194 Le modificateur ou le code d'acte utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS, Entente particulière Centre de santé Chibougamau et Entente particulière soins intensifs ou coronariens).

196 Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement. S'il y a lieu, veuillez vérifier si votre établissement adhère toujours au même régime (Régime A ou B) (réf. : Entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés ou de la règle 2.2.9 B du préambule général).

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. (Références : art. 36 de la *Loi sur l'assurance maladie,* art. 27 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* et art. 16.01 - 5e alinéa de votre entente.

204 Nous n'avons pas reçu votre nomination ou votre octroi de privilèges d'exercice en médecine de laboratoire.

205 Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.

206 Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.

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. Nos services d'assistance aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.

 # 208 Le nombre d'unités ne correspond pas. Vous référer à la section 4.2.6.2 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

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.

211 Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.

212 Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.

213 Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.

217 Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » - Régime A (MOD 126) - Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut facturer avec un de ces modificateurs pour les services médicaux rendus dans ces établissements.

218 Seul le médecin qui fait partie du groupe autorisé par la lettre d'entente no 132 peut se prévaloir du forfait dispensé dans le service d'urgence d'un établissement.

 # 220 À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.3).

221 À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen psychiatrique complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.5).

222 Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services vous déteniez des privilèges en obstétrique ou des privilèges complets dans une discipline chirurgicale dans l'établissement où les 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.

224 Les services ne peuvent vous être payés parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.

225 Les services ne peuvent vous être payés puisqu'ils ne sont pas assurés (réf. : *Loi sur l'assurance maladie*, art. 3).

230 Selon nos dossiers, le professionnel ne détient pas de privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes en centre hospitalier et en C.L.S.C., à la date des services.

232 La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.

\# **233** Ce code d'acte ne peut être utilisé, puisque le maximum de 200 patients est atteint. Pour chaque patient supplémentaire le même jour, utiliser le code d'acte **20022** ou le **20024** selon le lieu de pratique.

235 En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.

243 La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.

245 En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, les chirurgies multiples dont au moins une d'elles paraît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles paraissant sous la rubrique « Nerfs périphériques », pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.

249 Le numéro d'inscription à la Régie du professionnel référant doit apparaître sur la demande de paiement.

250 Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

251 Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

254 L'avis de service que vous détenez ne vous permet pas d'être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.

255 Selon la nomination que vous détenez dans l'établissement, vous ne pouvez réclamer ce forfait ou utiliser ce modificateur que les samedi et dimanche (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).

260 Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.

261 Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

276 Conformément à l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, il ne peut être payé qu'un montant forfaitaire par semaine, **par GMF** au médecin responsable, du dimanche au samedi.

277 Seul le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet peut facturer l'allocation supplémentaire prévue à la lettre d'entente n^{o} 131.

279 Le nombre maximum permis est dépassé pour le supplément de responsabilité (réf. : Préambule général, règle 2.2.6 B).

280 Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. *(*)*

282 Honoraires payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.

289 Les honoraires demandés ont été refusés. Le nombre maximum de forfaits accordés à votre établissement est dépassé.

290 Le maximum payable est dépassé en raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables.

291 En raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables, ce code est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence.

292 Conformément à l'annexe V de l'Entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, le maximum prévu est dépassé.

293 Les honoraires demandés ont été refusés; un seul demi-forfait par jour est payable (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).

294 Le honoraires demandés ont été refusés : le nombre maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).

295 Les honoraires demandés ont été réduits ou refusés : le nombre d'heures maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (Entente particulière pour la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés).

296 Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine.

297 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : Préambule général, règle 2.9).

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 d'examens rectifiées conformément aux renseignements fournis sur la demande de paiement.

301 Sur une ligne de la section VISITES de la demande de paiement, des quantièmes (dates) chevauchent deux mois. *(*)*

302 Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

303 Les honoraires demandés ont été refusés **ou modifiés** : le nombre maximum annuel prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé.

304 Honoraires du service ou du forfait refusé puisqu'ayant déjà fait l'objet du versement d'un montant forfaitaire.

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 facturés. 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 Les honoraires demandés ont été refusés ou modifiés : le nombre d'heures annuel prévu est dépassé.

308 Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note sous « Angioradiologie (technique) », onglet « Radiologie diagnostique ».

309 La date d'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 d'accident n'est pas valide.

311 La date de naissance de la personne assurée 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 dans la colonne DATE sur votre état de compte.

313 Le délai de facturation est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie* ou le délai de révision est expiré selon l'entente.

314 La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications inscrites aux sections 5.5.4 et 5.6 sous l'onglet « Paiement ».

317 En raison de son libellé (description), le modificateur utilisé est incompatible avec ce jour de la semaine.

320 La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. *(*)*

321 La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. *(*)*

325 Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.

326 Le délai de révision est expiré selon l'entente.

329 En raison de la règle 2.7 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

330 Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 1.4 du préambule particulier de la médecine nucléaire).

331 Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 16.01 du préambule particulier d'anesthésie - réanimation).

332 Selon son libellé, cet acte ne peut être payé que s'il est précédé d'une anesthésie.

342 En raison de la règle 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

343 En raison des règles 1.1.5 et 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

346 En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence. *(*)*

347 En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel. *(*)*

348 En raison de la règle 15.2 du préambule particulier de la radiologie diagnostique (tarif des services de laboratoire), cet acte est inclus avec celui indiqué en référence. *(*)*

349 Vous ne pouvez demander d'autres services lorsque vous facturez le code d'acte du tarif global (09099) lors du déplacement d'urgence (réf. : Pr. général, règle 1.5).

350 L'acte demandé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.

355 En fonction du libellé (description) de l'acte ou de l'avis s'y rapportant.

356 En fonction de la nature de l'acte.

357 En raison de son libellé (description), une seule valeur de base est payable pour cet acte au cours d'une même séance.

358 En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.

360 Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. 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.

363 L'acte est non tarifé. Voir Préambule général, règles 1.3.1 à 1.3.5.

364 Conformément à la règle 1.3.1 du préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

365 Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.

366 Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.

368 Cet acte est inclus ou incompatible avec celui en référence. (réf. : Préambule général, règle 2.2.6 C, paragraphe 3).

369 Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour correspondre à l'âge de la personne assurée. Veuillez référer à l'onglet « Consultation, examen et visite ».

370 L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.

371 Sexe de la personne assurée 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 leurs libellés (description) respectifs, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.

378 Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, en tenant compte des dispositions relatives à la rémunération différente et des données inscrites sur la ligne de service.

380 Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.

\# **381** Il est obligatoire d'inscrire, dans l'ordre, le numéro du CISSS ou du CIUSSS valide (944XX ou 94XXX), la date de référence du CISSS ou du CIUSSS et le numéro séquentiel attribué par le CISSS ou le CIUSSS au patient sans médecin de famille dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S*.

382 Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitement collectif.

383 Ce code d'acte doit être facturé dans la section « Actes ».

385 Le maximum payable est dépassé (réf. : Préambule général, règle 2.2.6 C, paragraphe 3 ou 4, selon le cas).

386 Selon la règle 1.3 du préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation pour un acte médical non tarifé.

387 Le maximum payable **et** déjà payé à un autre professionnel est dépassé (réf. : Préambule général, règle 2.2.6 C).

389 Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.

392 Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte.

393 Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte, lequel a déjà été payé à un autre professionnel.

395 Cet acte a été analysé par les parties négociantes et il ne sera pas négocié.

396 Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.

399 Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.

400 Le service non négocié est payé sous le code d'acte indiqué sur votre état de compte et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.

401 Le service est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.

402 L'acte n'a pas été inclus à l'entente par décision du ministre de la Santé et des Services sociaux ou de votre Fédération.

403 Services non assurés par le régime d'assurance maladie.

404 À l'intention d'un professionnel détenant un privilège en radiologie diagnostique dans un centre hospitalier. Les services rendus en établissement doivent être facturés selon les modalités de facturation établies. Voir la règle 1.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique.

405 L'anesthésie est non payable, car l'une des lignes du service comporte une erreur de facturation. Veuillez vous référer au message explicatif et refacturer l'ensemble de l'acte anesthésique.

406 Ce service ne peut être facturé par un médecin pratiquant hors du Québec.

407 Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.

408 Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

409 En raison d'un défaut de complètement.

410 Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée, s'il y a lieu, doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.

411 Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

412 Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum.

414 L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.

415 Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

417 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement pour le rôle 1.

418 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande d'honoraires de la part du chirurgien principal.

420 Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée, s'il y a lieu, présente dans l'outil Google Maps.

421 À la suite d'une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.

422 Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.

423 À la suite d'une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.

425 Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.

426 Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case « Distance ».

\# **428** Le kilométrage effectué avec la voiture louée n'est pas remboursable par la Régie.

433 Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.

434 Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.

435 Selon l'article 30.06 du mécanisme de dépannage, la compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou hélicoptère personnel ou nolisé.

436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.

437 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.

438 Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

439 Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

440 Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.

442 Selon la règle 1.4 du préambule général, le forfait compensatoire est payable seulement si le médecin assume seul sur place, la garde de soir ou de nuit. Toutefois, un deuxième médecin est autorisé pour la garde de nuit dans certains établissements désignés et le forfait compensatoire est alors permis. Veuillez effectuer une demande de révision pour les actes médicaux réclamés au cours de la période de garde et qui vous ont été payés à 53,2 % (MOD 096) ou à 101 % (MOD 097).

443 Selon la règle 1.6 du préambule général, l'acte facturé en rôle 2 est non payable.

444 Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.

448 Conformément au maximum prévu au préambule particulier de biochimie médicale.

449 Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.

450 Les dépenses reliées à votre véhicule personnel ne sont pas payables.

462 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transport.

463 En raison de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

475 Conformément à la Lettre d'entente n^{o} 77, le modificateur 046 et ses multiples est acceptable seulement en cabinet privé et en CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.

476 Conformément à la règle 2.2.9 A du préambule général, le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.

478 En raison de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

479 Le maximum du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé est dépassé selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

493 En raison de l'article 6 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

496 Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.

497 Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de l'examen, de la consultation, d'une visite ou d'un autre acte associé indiqué en référence.

501 Les forfaits **08896** et **09997** comprennent la rémunération de l'ensemble des services médicaux donnés au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs (régime A).

502 Le forfait **19107** comprend la rémunération de l'ensemble des services médicaux donnés au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs (régime B).

504 Code d'acte payable les fins de semaine, seulement.

506 Code d'acte payable les fins de semaine et les jours fériés seulement.

508 L'examen complet majeur ne peut être facturé par le même professionnel, plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.

509 En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.

510 En raison de la règle 1.1.1 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

511 En raison des règles 1.1.1 et 1.1.5 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

513 En raison de la règle 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

514 En raison des règles 1.1.5 et 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

517 En raison de la règle 8 du préambule de chirurgie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.

519 En raison des règles 1 et 2 (2^{e} alinéa) du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

520 En raison des règles 1 et 2 (2^{e} alinéa) du préambule de 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 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

524 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 6 du préambule de 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 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

526 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

528 En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

531 En raison de la règle 5 du préambule de chirurgie, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.

534 En raison de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

535 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

538 En raison de la règle 2.04 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024 ou 025 ou 027.

539 En raison de la règle 3.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

540 En raison de la règle 9.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.

541 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

542 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

543 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

544 En raison de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

545 En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

548 En raison de leurs libellés (description) et de la règle 1.1.5 du préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

551 En raison du régime A ou B de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains CHSGS, le paiement de cet acte ne peut être demandé.

553 Le rôle est absent ou invraisemblable.

557 Aucun honoraire ne figure au tarif pour le rôle inscrit sur la demande de paiement. Veuillez soumettre ce cas à votre Fédération.

559 Acte non payable car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille.

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.

564 Le code d'acte utilisé a été changé pour le rendre conforme à celui indiqué par le médecin en rôle 1.

565 En raison de la règle 8.3 du préambule de 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 du préambule de 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 du préambule de chirurgie, seuls 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 du préambule particulier de la chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.

570 Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte dans le cadre de votre entente.

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.

574 L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas avec le modificateur employé. *(*)*

575 Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir 4.2.6, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

578 Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.

582 Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison des modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

583 En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.

584 Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.

587 Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits au tiers (MOD 059) parce qu'un autre médecin a facturé le temps orthopédique (MOD 058).

588 On accorde au médecin anesthésiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance (Réf. : Préambule d'anesthésie-réanimation, règle 10.01).

590 Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits aux deux tiers (MOD 058) parce qu'un autre médecin a facturé le temps chirurgical (MOD 059).

591 En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.

593 En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire.

595 Selon l'article 10 de l'annexe XIII, vous n'avez pas la désignation requise 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 9 du préambule particulier de l'anesthésie-réanimation, 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 administratif qui figure sous l'acte facturé.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

600 La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : EP – Anesthésie en CHSGS, annexe XXIII et la LE n^{o} 275). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

601 Conformément à l'***AVIS*** relatif aux traitements physiatriques, les honoraires doivent être 0 $ lorsque le modificateur 035 est utilisé.

610 Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires calculés.

611 Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.

614 Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.

615 Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la ligne de service ou sur la demande de paiement.

616 Les honoraires demandés ont été réduits, le montant maximum par jour pour l'ensemble des professionnels de l'établissement ayant été dépassé. (Ententes particulières visant la rémunération de certaines gardes en disponibilité).

617 Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.

618 Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.

619 Chacun des médecins reçoit 50 % de l'honoraire global pour l'ensemble des soins post-partum.

620 Conformément à l'article 11 du préambule particulier de l'obstétrique, lorsqu'il y a partage de la rémunération, le médecin reçoit les deux tiers (2/3) des honoraires visés.

621 Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins désignés par la CSST ou pour l'IVAC peuvent être rémunérés pour cet acte.

622 Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.

623 Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.

624 Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.

625 Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.

634 En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.

635 En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être réclamés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).

638 La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.

639 Vous avez utilisé un modificateur qui ne peut être accepté dans l'établissement identifié sur votre demande de paiement (réf. : Préambule général, règle 1.4, l'Annexe IX de l'entente, article 5.3 ou 5.4 ou l'Annexe XVIII ou la Lettre d'entente n^{o} 164).

640 Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'***AVIS*** relatif à l'acte facturé.

648 Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».

650 Demande de paiement soumise à une expertise particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.

651 Un maximum de sept quantièmes (dates) par ligne peuvent être inscrits 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 NAM fictif.

653 Conformément à l'article 7.00 de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » ou des modalités de l'Annexe XVIII, vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.

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 Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09272. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. ou la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains C.L.S.C. dans le cadre du réseau de garde intégré.

658 Mode de facturation non conforme pour le code d'acte inscrit. Voir l'***AVIS*** sous la règle 1.4, Préambule général ou sous article 5.01 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1re ligne, CHSCG désignés ».

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.
- La date d'événement ou d'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case C.S.

663 Conformément à l'annexe XXIII, vos honoraires ont été rectifiés pour correspondre aux dispositions du mode de rémunération mixte.

664 Le nombre de jours inscrit dans la case NOMBRE ne correspond pas au nombre de quantièmes (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir 4.2.8, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

665 Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération.

666 Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

669 Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs **à 1 000 $ par ligne**. *(*)*

676 Conformément aux explications figurant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.

678 Selon la Lettre d'entente n^{o} 77, ou l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés, il y a incompatibilité entre les modificateurs inscrits à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. *(*)*

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.

681 Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.

682 Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.

683 Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.

684 Demande de paiement rectifiée suite à la mise à jour des inscriptions pour un médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF ou relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi à la clientèle.

685 Facturation inexacte du modificateur 061. Voir annexe IX article 5.3 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 096, 097, 105, 106, 107, 108, 401, 402 ou 403 seulement.

686 Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte codifié au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.

\# **688** Selon la règle 2.2.6 B-1 du préambule général, le code **15882** est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 10 kilomètres (unidirectionnel).

689 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.

690 Lettre explicative envoyée sous pli séparé.

691 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **avant** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.

692 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **depuis** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.

696 Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

697 Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

698 Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

700 Sur cette demande de paiement, seule la ligne « Déplacement » est remplie. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus, la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

701 Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.

702 Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.

703 Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988) n'a pas été rempli.

704 Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.

705 Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité.

706 Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.

\# **707** Aucuns frais de déplacement n'étant acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.

708 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance **unidirectionnelle** établie selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.

709 Ces frais de déplacement ne sont pas acceptables. Selon l'article 30.05 du mécanisme de dépannage, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres. Si vous utilisez uniquement votre véhicule personnel **ou** si vous utilisez d'autres moyens de transport, vous devez inclure le kilométrage dans les frais demandés (utilisation de l'acte **09991**) pour tous les moyens de transport utilisés pour votre déplacement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

710 Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.

711 Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.10 du mécanisme de dépannage, les conditions pour avoir droit au remboursement des frais de transport prévu lors d'une sortie aller-retour ne sont pas remplies.

712 Les frais de transport demandés ne sont pas autorisés.

714 Les frais de déplacement sont payables seulement si le professionnel détient un contrat de dépannage à la date des services.

\# **715** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.

716 Selon l'article 30.09 du mécanisme de dépannage, les frais de déplacement demandés sont supérieurs au maximum prévu.

717 Conformément à l'article 30.00, les codes d'acte **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans le cadre du dépannage.

718 Absence de code d'acte justifiant la réclamation du déplacement sur la demande de paiement.

719 Les honoraires ont été ajustés ou refusés conformément aux dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage.

720 Un déplacement de plus de soixante kilomètres doit faire l'objet d'une demande de considération spéciale à partir du 1er octobre 2008. Avant cette date, le déplacement devait être de plus de quarante kilomètres.

721 Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.

722 Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour identifier les services dans le cadre du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'inscription de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'exclure les services du calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.

723 Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour exclure les services du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'annulation de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'inclure les services dans le calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.

724 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.

\# **725** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.

727 Mode de facturation incompatible avec le code d'acte **09090**. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels en anesthésie, dans certains centres hospitaliers de courte durée.

\# **728** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte, mais plutôt dans un autre mode de rémunération. La demande a été introduite dans le système de rémunération approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de compte.

729 En raison de la règle 2.06 du préambule particulier du musculo-squelettique, la majoration des honoraires ne s'applique pas.

730 Remboursement à la personne assurée 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.

732 La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (09992) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

733 Un seul forfait est permis pour une même période de garde (article 7.03 de l'Entente particulière : « Anesthésie dans certains C.H. de courte durée »).

734 Un seul forfait est permis pour une même période de garde et déjà facturé par un autre professionnel (article 7.03 de l'entente particulière : « Anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée »).

735 Conformément à la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.

736 Conformément à la règle 2.9 du préambule général, le modificateur **060** est acceptable seulement dans un centre hospitalier de courte durée.

750 Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez-vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.

756 Seul le médecin agréé par le comité d'éthique d'un centre hospitalier désigné peut être rémunéré pour cet acte.

760 Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.

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.

769 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.

770 Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), une seule indemnité de déplacement peut être accordée par période de dépannage pour un même établissement.

772 Veuillez utiliser la demande de paiement n^{o} 1200 accompagnée de pièces justificatives.

773 En raison de la règle 8.3 du préambule de 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 du préambule de 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.

775 Honoraires modifiés ou 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.

776 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.

777 Ce modificateur est applicable seulement pour un service rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.

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 professionnel.

790 Frais de déplacement non acceptables en raison de l'article 7.01 de la *Lettre d'entente n^{o} 116*.

791 Code de forfait payable à un médecin faisant partie du groupe de médecine de famille, correspondant à l'établissement facturé. (réf. : Entente particulière concernant les GMF).

792 Seul le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille peut être rémunéré pour ce code de forfait (réf. : Section VI, annexe V, Entente particulière concernant les GMF).

793 Pour être rémunéré pour cet acte, vous devez avoir inscrit ce patient (réf. : Entente particulière concernant les GMF).

794 Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.

795 Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.

796 Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.

797 Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.

798 Acte payable à un médecin inscrit à un programme de ressourcement (réf. : *Lettre d'entente n^{o} 131*).

799 Pour facturer ce code de forfait, vous devez être un médecin faisant partie du même GMF que le médecin de famille de la patiente inscrite sur la demande de paiement.

800 Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.

801 Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. *(*)*

802 Le code d'établissement **ou** de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. *(*)*

803 Le code d'établissement **ou** de localité, est manquant, illisible ou incomplet. *(*)*

804 Le code d'établissement **ou** de localité, est inexistant à la date des services. *(*)*

805 Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement.

808 Conformément à l'article 22, alinéa q.1 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

810 Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. *(*)*

\# **813** Seul le médecin qui a inscrit le patient peut être rémunéré pour cet acte.

\# **814** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut l'être par le médecin traitant.

815 Selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'*Entente particulière des groupes de médecine de famille*, cet acte ne peut être facturé puisqu'aucun forfait de garde en disponibilité n'est autorisé à cet établissement.

816 Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en centre hospitalier.

821 La date d'entrée à l'établissement est erronée. *(*)*

822 La date d'entrée à l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. *(*)*

823 Selon les paragraphes 5.01 et 5.02 de l'E.P. - Médecin enseignant, il y a incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le numéro de facturation inscrit dans la case Code d'établissement.

824 Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas accepté pour les services rémunérés à l'acte. *(*)*

828 Code de forfait requérant un code d'établissement faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF). *(*)*

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

829 Conformément aux ententes particulières concernant la rémunération de certaines gardes et/ou lettre d'entente et/ou à la règle 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

832 Le code d'acte facturé doit être réclamé dans un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

833 Pour le médecin ayant adhéré au régime B du mode des honoraires fixes, les honoraires à l'acte sont calculés et payés selon le pourcentage prévu à l'annexe XXII au regard du numéro d'établissement inscrit sur la demande de paiement.

836 Un seul forfait est permis pour une même période de garde (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).

837 Un seul forfait est permis pour une même période de garde et celui-ci a déjà été payé par la Régie à un autre professionnel (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).

838 Le maximum de forfaits de garde est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

840 Selon sa nature ou son libellé (description), cet acte ne peut être facturé que lorsqu'effectué dans un établissement disposant d'une unité de soins intensifs pour grossesse à risque élevé, reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

844 Tel que stipulé à l'annexe XVI, vous ne pouviez à la date des services, exercer dans l'établissement mentionné sur la demande de paiement.

845 Les services facturés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté et concerné par une exception prévue au paragraphe 1.11 ou 4.10 de l'annexe XV doivent être dispensés lorsque requis par un établissement ou par une direction régionale de santé publique et autorisés par accord.

847 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS).

848 Lorsque vous remplacez temporairement un médecin omnipraticien ou spécialiste pour rendre des services anesthésiques, dans certains centres hospitaliers de courte durée, vous devez obligatoirement facturer à la vacation.

849 Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

850 Conformément aux accords, lettres d'entente et ententes particulières relatifs aux modes de rémunération, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou selon un per diem.

851 Selon l'entente particulière « Rémunération soins psychiatriques », ces services doivent être facturés selon le mode des honoraires fixes ou de la vacation.

852 La rémunération à l'acte dans cet établissement requiert la signature d'un contrat de services spécifique.

853 Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'effectuer de la garde dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande.

854 Conformément aux modalités prévues à votre entente particulière et selon votre nomination spécifique, la garde sur place est rémunérable à honoraires fixes.

855 Conformément à la *Lettre d'entente n^{o} 269*, la période de désignation est terminée à la date du service, au sein de l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.

856 Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 500 patients et plus; ou détenant son permis de pratique depuis moins d'un an et qui s'engage auprès de son DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients; ou détenant son permis de pratique depuis 35 ans et plus et qui effectue la prise en charge et le suivi de clientèle; ou qui est visé par une décision favorable du comité paritaire peut se prévaloir de la tarification bonifiée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.

857 Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, vous êtes admissible à vous prévaloir de la tarification bonifiée en vertu de l'une des conditions prévues : votre clientèle inscrite totalise 500 patients et plus; vous détenez un permis de pratique depuis moins d'un an et vous vous êtes engagé auprès de votre DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients; vous détenez un permis de pratique depuis 35 ans et plus et vous effectuez la prise en charge et le suivi de clientèle; vous êtes visé par une décision favorable du comité paritaire. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.

860 Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'être rémunéré pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.

862 Selon nos fichiers, la date du service facturé est à l'extérieur de la période du contrat de dépannage rémunéré à l'acte dans cet établissement.

863 Dans le cadre du mécanisme de dépannage rémunéré à l'acte, ce service doit être facturé dans la section « Actes ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

864 Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients peut être rémunéré pour cet acte.

865 Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients peut être rémunéré pour cet acte.

866 Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis de désignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour ce modificateur. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

867 Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 1 500 patients et plus peut être rémunéré pour cet acte.

868 Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, les deux forfaits de soutien au démarrage sont payés seulement pour chacun des 150 premiers patients vulnérables que le médecin inscrit.

869 Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, le premier forfait facturé lors de l'inscription de ce bénéficiaire doit avoir été payé afin d'autoriser le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée plus de douze (12) mois après l'inscription.

871 Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**

873 Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée au sein d'un établissement, ne peut être rémunéré au sein d'un autre établissement pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**

874 Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **demi per diem** au cours de la plage horaire de l'après-midi (plage n^{o} 3), ne peut être rémunéré pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 12 h en cabinet ou dans tout établissement. **Ce service ne doit pas être refacturé.**

875 Pour ce patient, nous avons reçu la confirmation de son inscription auprès d'un autre médecin. Nous avons procédé à l'annulation de votre inscription pour ce patient.

876 Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit.

877 Nous ne retrouvons aucune identification du médecin de famille, à la date des services, à partir des informations inscrites sur la demande de paiement. Pour l'enfant de moins d'un an, qui n'a pas sa carte d'assurance maladie, les renseignements présents sur la demande de paiement doivent être identiques à ceux que vous nous avez transmis lors de l'identification médecin-patient. *(*)*

878 Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit doit présenter une des catégories de problème de santé décrites à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

879 Vous ne rencontrez pas le nombre de patients requis dans la journée pour demander la compensation des frais de cabinet.

880 Service révisé à la suite de l'analyse de votre facturation par la Régie. **Aucune refacturation n'est possible pour ce service**. Seule une demande de révision est possible.

881 Code de forfait payable à un médecin faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF).

882 Pour être rémunéré pour cet acte, le médecin doit avoir inscrit un patient au moyen du formulaire prescrit.

883 Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit doit présenter la combinaison des catégories de problème de santé 1 et 11 ou la catégorie de problème de santé 6 qui sont décrites à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

884 Au moment de l'inscription, le patient a un médecin de famille.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

885 Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit ne doit pas présenter les catégories de problème de santé qui sont décrites à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

886 Conformément à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, seuls les médecins d'un même groupe de pratique peuvent être rémunérés pour cet acte.

887 Le code d'acte facturé doit être celui à utiliser dans le lieu de suivi habituel.

888 Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit. Dans le cadre de la pratique de groupe, le professionnel doit inscrire le numéro de facturation (octroyé par la Régie) du lieu où le groupe de pratique est constitué.

889 Conformément à l'E.P Garde sur place – certains établissements et à l'article 1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence du préambule général de l'annexe V, vous devez utiliser un modificateur de pourcentage pour la facturation du service.

890 Conformément à la *Lettre d'entente n° 229*, seuls les médecins ayant une entente de partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée peuvent être rémunérés pour cet acte.

891 En vertu des modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique (réf. : annexe XXII), vous ne pouvez facturer à l'acte si vous détenez un contrat à honoraires fixes ou à tarif horaire **dans ce secteur** d'établissement. Les professionnels qui désirent passer au mode de l'acte doivent demander à leur établissement de fermer leur contrat à tarif horaire ou à honoraires fixes. Vous devrez attendre d'avoir reçu une confirmation de la Régie avant de refacturer à l'acte.

892 Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation médicale par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.

893 Vous ne pouvez facturer ce service que si vous avez complété vos 35 premières heures de travail à honoraires fixes. Dans ce cas, vous devez utiliser la lettre appropriée dans la case C.S. (réf. : paragr. 2.15 de l'annexe XXIII).

894 Dans le cadre de l'annexe XXIII, vous devez utiliser un modificateur pour ce code d'acte (réf. : article 1, section B-1 ou B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII).

895 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte facturé ne peuvent être payés (réf. : annexe XXIII).

897 Vous devez utiliser les modificateurs en horaires défavorables de l'annexe XX lorsque vous adhérez au mode mixte en association avec la rémunération à honoraires fixes.

900 Demande de paiement annulée suite à votre demande.

901 L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.

902 Demande de paiement ou document non dûment signé.

903 Demande de paiement endommagée.

904 Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.

905 Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.

906 Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. *(*)*

907 Demande de paiement reçue par support informatique, mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PRÉVALIDATION du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.

908 Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.

909 Aucune information ne paraît sur la ligne de service. *(*)*

910 Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.

911 Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

912 Conformément à la *Lettre d'entente n^{O} 245*, la prise en charge et le suivi du patient n'ont pas été maintenus pendant une période minimale de 12 mois suivant la date d'inscription, à la suite d'une de ces situations :

1) Le médecin a modifié, au plan géographique, son lieu de pratique;

2) Le médecin a modifié volontairement sa pratique;

3) Le médecin a pris sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou par une aggravation de son état de santé;

4) À la demande du coordonnateur médical ou du comité paritaire;

5) Pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité.

914 Lorsqu'un acte de traitement collectif est facturé, le numéro d'assurance maladie des personnes assurées concernées doit être inscrit tel qu'indiqué à la section 4.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *(*)*

915 Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.

916 Facturation non conforme aux instructions fournies.

917 Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récidive, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).

920 Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire n^{O} 1549.

\# **921** Facturation non conforme aux limitations de votre permis de pratique.

925 Pour faire suite aux communications antérieures.

926 Cet acte médico-administratif ne peut être payé pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis, la présence de l'acte prérequis ne respecte pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.

930 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.

931 Vous avez facturé un supplément pour plus de 150 patients référés par le coordonnateur du guichet d'où provient ce patient et n'avez pas obtenu l'autorisation du comité paritaire.

932 Vous avez obtenu l'autorisation du comité paritaire concernant les patients référés par le coordonnateur du guichet d'où provient ce patient, mais ce patient n'est pas un patient très vulnérable.

933 Révision en cours.

934 Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

936 Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.

937 Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.

938 Services déjà réclamés à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence

_____.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

939 En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.

940 Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (Voir 4.2.2 ou 4.2.3, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). *(*)*

941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est absent ou erroné. (Voir 4.2.5, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). *(*)*

942 La date des services est manquante, incomplète ou erronée. (Voir 4.0, section : Avant-propos, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). *(*)*

944 Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 $ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. *(*)*

946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. *(*)*

\# **947** Aucun autre service ne peut être facturé sur la demande de paiement 1200 sur laquelle figure un code relatif à la clientèle vulnérable ou à l'inscription de la personne assurée.

950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.

951 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du Service des enquêtes.

952 Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le Service des profils de pratique

959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

960 Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.

961 La constatation de décès est payable au médecin qui ne participe ni au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.

969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***, le code d'acte est **non payable** s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.

970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques, une règle du Préambule général ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et *facturé par un autre médecin,* en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.

973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé *par un autre médecin*.

974 En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du musculo-squelettique, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.

975 En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du musculo-squelettique, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

981 Le code d'acte est non payable ou incompatible en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'AVIS. Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.

982 Le code d'acte **est non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et *facturé par un autre médecin* en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

997 Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section RÈGLEMENT du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.

998 À l'usage de la Régie, ne pas en tenir compte. Dossier assujetti aux dispositions relatives à la rémunération différente.

999 À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

6.3 MSG / PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

AVIS : *Les messages explicatifs concernant le programme en formation continue sont déplacés dans la Brochure n^{o} 3 des médecins omnipraticiens.*

DISPOSITIONS TARIFAIRES

ENTENTE DU 1er SEPTEMBRE 1976 *(Voir Brochure n° 1)*

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

Il contient, outre le texte des préambules et de la nomenclature des actes, des renseignements supplémentaires d'ordre administratif.

*Ces renseignements sont inscrits en caractère différent (italique) précédés du mot **AVIS** et sont ajoutés dans le but de faciliter la facturation. Il s'agit de précisions, de références ou d'instructions de facturation. L'expression « AVIS ADMINISTRATIF » est donc remplacé par **« AVIS »**.*

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

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

INDEX

Page

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION **A-2**
1.1 Rémunération pour un service médical **A-2**
1.2 Rémunération pour un service médical exigé par un règlement **A-4**
1.3 Rémunération pour un service médical non tarifé **A-4**
1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence **A-5**
1.5 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit **A-8**
1.6 Rémunération du rôle 1 et du rôle 2 . . . . . **A-8**
1.7 Année d'application **A-8**

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION **A-9**
2.1 Consultations **A-9**
2.2 Examens **A-10**
2.3 Psychothérapie **A-51**
2.4 Divers **A-51**
2.5 Présomption **A-59**
2.6 Indicateurs administratifs **A-59**
2.7 Conseil génétique ou génique **A-59**
2.8 Patient de soixante-dix (70) ans ou plus dans un service d'urgence (abrogé) **A-60**
2.9 Procédés et chirurgies pédiatriques **A-60**
2.10 Consultation en éthique clinique **A-60**
2.11 Actes spécifiques aux soins intensifs **A-61**

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL - ACTES INCLUS **A-62**

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 a) ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE **A-66**

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 **A-70**

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION **A-70**

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE **A-70**

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX HORS DU CANADA QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA **A-71**

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC **A-73**

SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES *(Liste des adresses)* **A-75**

TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES **A-76**

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION

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

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

1.1 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL

1.1.1 Actes inclus

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

1.1.2 Considération spéciale

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

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

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

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

AVIS : *Voir la section 4.2.7 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

1.1.3 Enseignement clinique

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

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

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

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

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

1.1.4 Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen, de la consultation, de la visite ou sont prévus au tarif :

- le certificat médical requis en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu;*
- le formulaire médical requis en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental;*
- les formulaires médicaux requis en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique.*

En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier.

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

1.1.5 Honoraire global

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

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

AVIS : *Pour la règle particulière relative aux soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier d'obstétrique.*

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

1.1.6 Lieu de pratique

a. Cabinet privé

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

b. Domicile

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

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

c. Établissement

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

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

AVIS : *Voir la section 4.2.5 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

d. Centre de détention

Malgré ce qui précède, un centre de détention est réputé être un établissement autre qu'un CLSC ou une UMF en centre hospitalier. Sous réserve de modalités spécifiques, la rémunération applicable est celle des services rendus à domicile.

AVIS : *Pour connaître les modalités de rémunération applicables en centre de détention, veuillez vous référer à la* Lettre d'entente n^{o} 295.

\# ***Établissements visés par la règle 1.1.6 C du préambule général :***

Établissement de détention d'Amos (70026); Établissement de détention de Baie-Comeau (70046); Établissement de détention de Chicoutimi (70076); Établissement de détention de Havre-Aubert (70096); Établissement de détention de Hull (70106); Établissement de détention de Montréal (70166); Établissement de détention Tanguay (70186); Établissement de détention de New-Carlisle (70196); Établissement de détention de Québec (70216); Établissement de détention de Roberval (70246); Établissement de détention de Rimouski (70266); Établissement de détention de Sept-Îles (70276); Établissement de détention de Sherbrooke (70286); Établissement de détention de St-Jérôme (70336); Établissement de détention de Trois-Rivières (70366); Établissement de détention de Valleyfield (70376); Établissement de détention de Sorel (70416); Établissement de détention de Rivière-des-Prairies (70426); Centre de détention Leclerc de Laval (70436); Établissement de détention de Percé (70446).

1.2 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL EXIGÉ PAR UN RÈGLEMENT

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

1.3 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL NON TARIFÉ

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

AVIS : *Utiliser une* Demande de paiement - Médecin *(1200) et*

- *inscrire le code d'acte **09990**;*
- *inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;*
- *ne pas inscrire d'honoraires;*
- *fournir une copie de la note clinique;*
- *fournir une description détaillée du service médical rendu ou toute littérature scientifique pertinente;*
- *facturer cet acte **seul** sur la demande de paiement.*

Les services médico-administratifs (annexe XIII, CSST) ne sont pas des services médicaux. Ils ne sont donc pas visés par la présente règle.

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

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

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

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

1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE

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

a) soit selon la rémunération à l'acte;

AVIS : *Si l'option a) est choisie, tous les services rendus pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h doivent être facturés en inscrivant la lettre « **G** » dans la case* C.S. *de la demande de paiement.*

b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout d'un forfait compensatoire. Pour une période de garde de 0 h à 8 h, les jours de semaine, le forfait compensatoire est de 655,60 $ au 1er janvier 2012 et de 683,60 $ au 1er juin 2013. Pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de fin de semaine ou les jours fériés, le forfait compensatoire est de 799,20 $ au 1er janvier 2012 et de 833,20 $ au 1er juin 2013. Pour une période de garde de 20 h à 24 h, le forfait compensatoire est de 160,35 $ au 1er janvier 2012 et de 167,15 $ au 1er juin 2013.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Sauf dans le cas prévu à l'alinéa suivant, l'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du Comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelle est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

AVIS : *Voir la liste des établissements désignés par le comité paritaire* *à la page A-7.*

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

AVIS : *Le médecin qui est appelé dans un service d'urgence pour effectuer ou non le transfert ambulancier, doit réclamer le forfait de garde sur place pour un médecin additionnel, divisible selon le temps effectué et inscrire le modificateur* ***381*** *sur la demande de paiement. Le temps à facturer pour le forfait débute à l'arrivée du médecin au service d'urgence jusqu'à la fin du transfert si celui-ci intervient avant 8 h. De plus, il doit inscrire le NAM de la personne transférée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. *Le médecin qui effectue le transfert ambulancier, a droit en plus à 97 % des honoraires prévus en ce cas (voir règle 2.4.9 du préambule général).*

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

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

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

AVIS : ***Si l'option b) est choisie****, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées et inscrire sur une* Demande de paiement - Médecin *(1200) les données suivantes :*

- *Si* ***un seul médecin*** *est autorisé pour la garde :*
  - *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
  - *en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code d'acte* ***09998*** *de 683,60 $ (soumis à la rémunération différente); ou*
  - *la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h, le code d'acte* ***19055*** *de 833,20 $ (soumis à la rémunération différente); ou*
  - *en tout temps de 20 h à 24 h, le code d'acte* ***09996*** *de 167,15 $ (soumis à la rémunération différente);*
  - *le code d'établissement;*

  Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.
- *Si* ***plus d'un médecin*** *est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h :*
  - *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
  - *en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code d'acte* ***09994*** *de 683,60 $ (soumis à la rémunération différente); ou*
  - *la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h, le code d'acte* ***19056*** *de 833,20 $ (soumis à la rémunération différente);*
  - *le code d'établissement désigné;*
  - *les honoraires du forfait sur une base horaire;*
  - *le nombre d'heures effectuées durant la période de garde dans la case* UNITÉS*;*
  - *l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

  Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : *(Suite)*

Les services rendus entre 20 h et 24 h doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le ***modificateur 096*** *pour chacun des actes pour les établissements non adhérents à l'entente particulière – garde sur place* ***ou les modificateurs 106 (régime A) et 402 (régime B)*** *pour les établissements adhérents. Entre 0 h et 8 h, utiliser le* ***modificateur 097*** *pour chacun des actes.*

Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autres modificateurs : voir les sections 4.2.6.5 et 4.6.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Liste des établissements désignés pour un deuxième médecin à l'urgence :

Établissements désignés non adhérents à l'entente particulière – garde sur place :

Hôpital Général Juif (00117); Centre hospitalier de St. Mary (00317); Hôpital général du Lakeshore (00407); Hôpital Cité de la santé (00447); Centre Cloutier du Rivage (01757).

Établissements désignés adhérents à l'entente particulière – garde sur place :

Hôtel-Dieu du CHUM (00067); Institut de cardiologie de Montréal (00087); Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel Lamoureux (00157); Hôpital Général de Montréal (00187); Hôpital Notre-Dame du CHUM (00207); Hôpital Sacré-Coeur de Montréal (00277); Hôpital Saint-Luc du CHUM (00307); Hôpital Santa Cabrini (00357); Hôpital de Verdun (00367); Hôpital du Haut-Richelieu (00427); Centre Hospitalier régional de Lanaudière (00857); Hôpital Honoré-Mercier (00947); Hôpital Charles-Lemoyne (00957); Hôtel-Dieu de Sherbrooke (01107); Hôpital du Suroît (01147); Hôpital Fleurimont (01167); Hôpital Pierre-Le Gardeur (01417); Hôpital régional de Saint-Jérôme (01447); Hôpital de Saint-Eustache (01457); Pavillon Sainte-Marie (01837); Hôpital de l'Enfant-Jésus (02037); Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec (02047); Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (02067); Hôpital Saint-François d'Assise (02107); Hôpital du Saint-Sacrement (02127); Pavillon CH de l'Université Laval (02137); Hôpital de Chicoutimi (02477); Hôpital Sainte-Croix (02777); Hôtel-Dieu de Lévis (03007); Hôpital Pierre-Boucher (07537); Hôpital de Gatineau (07697); Site Glen (08037); CLSC des Basques (93492).

Tableau synthèse

Pour les établissements non adhérents à l'entente particulière – garde sur place. Pour les établissements adhérents, voir l'entente particulière n^{O} 43 de la Brochure n^{O} 1.

Période	***Calendrier***	***Md***	***Code d'acte***	***MOD (% actes)***	***Forfait***
0 h à 8 h	*en semaine*	*1er*	*09998*	*097 (101 %)*	*non divisible*
	week-end et jours fériés	*1er*	*19055*		
0 h à 8 h	*en semaine*	*2^{e}*	*09994*	*097 (101 %)*	*divisible en heures*
	week-end et jours fériés	*2^{e}*	*19056*		
20 h à 24 h	*tous les jours 7 jours / 7*	*1er*	*09996*	*096 (53,2 %)*	*non divisible*

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

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

a) soit selon la rémunération à l'acte;

b) soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 128,65 $ au 1er janvier 2012 et de 134,10 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui nécessite le déplacement;*
- *le code d'acte* ***09099*** *(P.G. 2.2.9 A) dans la section* Actes*;*
- *le montant facturé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code d'établissement ou de localité, selon le cas;*
- *la lettre «* ***A*** *» dans la case* C.S.*;*
- *l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *ainsi que les codes d'acte correspondants aux services rendus.*

c) soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 191,35 $ au 1er janvier 2012 et de 199,45 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***15232*** *(P.G. 2.2.9 A) dans la section* Actes *ou dans la section* Visites*;*
- *le code d'établissement spécifique (****0XXX6****) ou (****4XXX6****);*
- *le montant facturé dans la case* HONORAIRES*;*
- *la lettre «* ***A*** *» dans la case* C.S.*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

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

1.6 RÉMUNÉRATION DU RÔLE 1 ET DU RÔLE 2

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

1.7 ANNÉE D'APPLICATION

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

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.1 CONSULTATIONS

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

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

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

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

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

AVIS : *Pour instructions de facturation, vous référez à la section 4.2.3, onglet* Rédaction de la demande de paiement.

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de la sage-femme (à six chiffres) dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement – Médecin *(1200). Noter que le numéro de pratique débute par (93XXXX).*

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de l'optométriste (à six chiffres) dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement – Médecin *(1200). Noter que le numéro de pratique débute par (3XXXXX ou 8XXXXX sauf 81XXXX).*

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du chirurgien dentiste (à six chiffres) dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement – Médecin *(1200). Noter que le numéro de pratique débute par (2XXXXX ou 7XXXXX sauf 74XXXX).*

2.1.1 Consultation mineure :

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

2.1.2 Consultation ordinaire :

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

2.1.3 Consultation majeure :

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

2.1.4 Consultation psychiatrique ordinaire :

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

2.1.5 Consultation psychiatrique majeure :

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

2.2 EXAMENS

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

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

2.2.1 Examen ordinaire :

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

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

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

2.2.2 Examen complet :

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
   a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
   b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
      - nez, gorge, oreilles;
      - yeux;
      - système digestif;
      - système cardio-vasculaire;
      - système respiratoire;
      - système génito-urinaire;
      - système nerveux;
      - appareil locomoteur;
      - système endocrinien.
2. L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :

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

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

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

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

2.2.3 Examen complet majeur :

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
   a) les antécédents familiaux du patient;
   b) les antécédents personnels du patient;
   c) la raison médicale du recours au médecin.
   d) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
      - nez, gorge, oreilles;
      - yeux;
      - système digestif;
      - système cardio-vasculaire;
      - système respiratoire;
      - système génito-urinaire;
      - système nerveux;
      - appareil locomoteur;
      - système endocrinien.

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

3. Les recommandations au patient.

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

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile ni le réclamer s'il a déjà été rémunéré, au cours de l'année civile, pour la visite périodique d'un patient vulnérable.

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

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

2.2.4 Examen psychiatrique complet :

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

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

2.2.5 Examen psychiatrique complet majeur :

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

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

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

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

2.2.6 Examen d'évaluation médicale :

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

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

2.2.6 A Visites, évaluations et communications applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

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

a) Considérations générales

Le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH, ou en UMF-CLSC doit se prévaloir des actes décrits aux alinéas ci-dessous. Le médecin qui exerce dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir des présentes dispositions.

\# **Note :** Dans une situation visée par une tarification spécifique qui comprend l'évaluation, le médecin ne peut pas se prévaloir de la rémunération prévue pour une des visites décrites aux présentes.

Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique (réf. par. 2.2.6 B du préambule général), de la psychothérapie (réf. par. 2.3 du préambule général), une évaluation médicale (réf. par 2.2.6 du préambule général), une constatation de décès (réf. par. 2.4.1 du préambule général), un transfert inter-établissement ou à partir du cabinet ou d'un domicile (réf. par 2.4.9 du préambule général) ou d'autres services prévus aux onglets des Actes diagnostiques et thérapeutiques, d'Anesthésie ou des diverses Chirurgies, il réclame ces services. Le médecin peut aussi se prévaloir des modalités prévues pour un service non tarifé (réf. par. 1.3.1 du préambule général) et de l'option prévue lors d'un déplacement d'urgence de nuit (réf. par. 1.5 du préambule général).

Les tarifs prévus pour le patient vulnérable peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient s'inscrit ou est inscrit (ci-après médecin traitant) ou par un médecin du groupe tel que défini au sous-paragraphe 6.02 C) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge, et de suivi de la clientèle*.

Certains services sont réservés au médecin traitant. Toutefois, en cas d'interruption de ses activités de treize (13) semaines consécutives ou plus pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du groupe de médecins au sens de l'alinéa précédent peut se prévaloir de ces actes réservés. Les services visés sont identifiés au paragraphe 2.2.6 A b) i) ci-dessous. La durée maximale d'application de cette mesure en ce qui a trait au congé de maternité ou d'adoption est de dix-sept (17) mois.

Les tarifs prévus pour le médecin qui compte 500 patients ou plus inscrits à son nom s'appliquent aux conditions suivantes :

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

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

\+ En ce qui a trait à l'accès à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis moins d'un (1) an et qui s'engage auprès de son DRMG local à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits peut se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits. Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, il doit compter au moins 500 patients pour se prévaloir de la tarification bonifiée.

Advenant qu'au cours de la première année de la délivrance de son permis, un médecin s'absente pour un congé de maternité, sans égard à sa durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize semaines consécutives ce médecin peut, à compter de la date de retour de son congé de maternité ou d'invalidité, continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, et ce, pour le nombre de semaines qui lui restait, à la date du début de son congé de maternité ou d'invalidité afin de compléter le un (1) an visé par la présente disposition. Le médecin avise la Régie de la date de début et de fin de son congé de maternité ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence. De même, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis 35 ans ou plus et qui effectue de la prise en charge et du suivi de clientèle peut aussi se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits.

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

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

***Par courrier** à l'adresse suivante :*

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

***Par télécopieur** : 418 646-8110*

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

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

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

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

b) Considérations spécifiques

i) Services sur rendez-vous par le médecin traitant

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

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

En ce qui concerne la visite de suivi d'un patient inscrit et la visite périodique pédiatrique, l'exigence que la visite soit faite par le médecin traitant est rencontrée lorsque la visite est faite auprès d'un médecin du groupe selon les dispositions paraissant aux 3e et 4e alinéas du paragraphe 2.2.6 A a) ci-dessus.

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

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

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

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

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

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

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

Le médecin se prévaut de la visite de prise en charge de grossesse, tant au cours du premier trimestre qu'au-delà du premier trimestre, et de la visite de suivi de grossesse selon les modalités prévues aux alinéas 10) et 11) ci-dessous. Il peut également se prévaloir, en cas de prise en charge temporaire et de suivi d'une patiente enceinte, du ou des suppléments prévus au paragraphe 7.03 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle.*

Le médecin qui prend en charge ou fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS de façon régulière ou non ainsi que le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont rémunérés selon les modalités prévues au paragraphe 7.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

iv) Services sur rendez-vous par le médecin traitant

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

AVIS : *Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, veuillez consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général. Inscrire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case* DISTANCE.

AVIS : *Si vous rendez un service à domicile dans le cadre de votre pratique en cabinet, inscrire le numéro du cabinet dans la case* NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT. *Si vous rendez un service à domicile dans le cadre de votre pratique en CLSC ou en UMF, inscrire le numéro du CLSC ou de l'UMF dans la case* NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT.

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

c) Nomenclature des actes

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

AVIS : *Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la* Lettre d'entente n^{o} 295*.*

1) Visite de prise en charge

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est réclamée uniquement lors de l'inscription initiale du patient auprès du médecin.

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15801****,* ***15802****,* ***15815****,* ***15816****,* ***15821****,* ***15822****,* ***15835*** *et* ***15836*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*.*

2) Visite périodique d'un patient vulnérable

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée une seule fois par année civile. Elle ne peut pas être réclamée durant la même année civile par le médecin qui a été rémunéré pour la visite de prise en charge sur rendez-vous pour le même patient. Elle ne peut pas non plus être réclamée, durant la même année civile, par le médecin qui a auparavant été rémunéré pour l'examen complet majeur, pour la visite de prise en charge de grossesse, pour l'examen de prise en charge de grossesse, ou pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre.

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15819****,* ***15820****,* ***15839*** *et* ***15840*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*.*

3) Visite de suivi d'un patient inscrit

La visite de suivi d'un patient inscrit auprès du médecin qui l'a inscrit et qui en assure le suivi longitudinal vise l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15803****,* ***15804****,* ***15817****,* ***15818****,* ***15823****,* ***15824****,* ***15837*** *et* ***15838*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite à la condition d'inscrire la raison dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4) Visite ponctuelle mineure

La visite ponctuelle mineure consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer un nouveau questionnaire ou examen ou pour initier un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'un maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15765 à 15772*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

5) Visite ponctuelle complexe

La visite ponctuelle complexe consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Sont réputés répondre aux exigences de la visite ponctuelle complexe énoncées au premier alinéa ci-dessus les examens suivants :

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

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15773 à 15780*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

6) Visite d'évaluation psychiatrique

La visite d'évaluation psychiatrique est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

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

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

Le médecin qui revoit le patient dans le cadre du suivi conjoint qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique ne peut alors réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : *Voir le code d'acte* ***08819*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

7) Visite de suivi psychiatrique

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

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

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : *Voir le code d'acte* ***08848*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

8) Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou de l'expertise du médecin dont l'opinion est recherchée.

L'évaluation doit correspondre aux exigences de la visite ponctuelle mineure. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15789*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

9) Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

L'évaluation inclut l'examen physique ou mental décrit à la visite ponctuelle complexe. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15790*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

10) Visite de prise en charge de grossesse

La visite de prise en charge de grossesse consiste en la première évaluation d'une patiente par le médecin qui assurera le suivi prénatal ou une portion de celui-ci.

Cette visite comprend l'examen pertinent au contexte. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

À l'occasion de cette visite ou de la visite subséquente, le médecin complète les formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement et prescrit les examens de dépistage pertinents.

Pour une même patiente lors de la même grossesse, un seul médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération applicables à la prise en charge de grossesse que ce médecin soit rémunéré par la visite de prise en charge de grossesse ou qu'il se prévale du supplément applicable pour la prise en charge de grossesse au cours du 1er trimestre et prévu au paragraphe 7.02 A) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. De plus, si la patiente est déjà inscrite comme patiente vulnérable auprès du médecin qui réclame ce service, il ne peut subséquemment durant la même année civile réclamer la visite périodique d'un patient vulnérable inscrit.

Toutefois, lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal transfère la patiente à un deuxième médecin en vue de l'accouchement, du fait que ce premier médecin n'effectue pas d'accouchements, le médecin auquel la patiente est transférée peut réclamer cette visite. Dans ce contexte, il n'est pas tenu de prescrire les examens de dépistage s'ils ont déjà été effectués.

Ce service ne peut être réclamé par le médecin qui évalue une patiente en vue de mettre fin à sa grossesse.

Le tarif est modulé selon

- que la patiente est vulnérable ou non,
- que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus,
- que la visite de prise en charge est effectuée au cours du premier trimestre de grossesse ou non et,
- lorsqu'effectuée au cours du premier trimestre de grossesse, selon qu'il y ait référence ou non à un second médecin, au cours de ce même trimestre, pour assurer le suivi de grossesse par la suite.

AVIS : *Voir les codes d'acte **15805**, **15806**, **15807**, **15808**, **15809**, **15810**, **15825**, **15826**, **15827**, **15828**, **15829** et **15830** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

11) Visite de suivi de grossesse

La visite de suivi de grossesse consiste en l'évaluation d'une patiente enceinte dans le cadre d'un suivi prénatal.

Cette visite comporte le questionnaire et l'examen pertinent de même que les investigations requises par l'état de la patiente. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Les tarifs sont modulés selon que la patiente est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS : *Voir les codes d'acte **15811**, **15812**, **15831** et **15832** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

12) Visite périodique pédiatrique

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

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

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

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

Entre 0 et 21 mois : huit (8) visites

Entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15813****,* ***15814****,* ***15833*** *et* ***15834*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite à la condition d'inscrire la raison dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

13) Communications avec un médecin spécialiste

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15841****,* ***15842*** *et* ***15843*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

14) Communications avec d'autres professionnels de la santé

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15844****,* ***15845*** *et* ***15846*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie comprend les services suivants :

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

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

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15781****,* ***15782****,* ***15783*** *et* ***15784*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

AVIS : *Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, veuillez consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général. Inscrire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case* DISTANCE.

16) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 ci-dessous et selon les modalités qui y sont décrites, un supplément d'honoraires est accordé en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC lorsque le médecin doit se déplacer auprès d'un patient pour répondre à une urgence.

Ce supplément s'applique uniquement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans supplément de déplacement.

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15847****,* ***15848*** *et* ***15849*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *Inscrire le modificateur* ***094*** *ou un de ses multiples pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés au cours de la même période. L'utilisation du modificateur* ***094*** *ou d'un de ses multiples est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

2.2.6 B Intervention clinique

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

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

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes. Le médecin ne peut facturer plus de cent-quatre-vingt (180) minutes d'interventions cliniques dans une journée sous réserve des dispositions suivantes.

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

- pour un problème de santé mentale,
- pour un problème de toxicomanie,
- auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé (par. 5.01 de l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle),
- auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

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

AVIS : *Lorsque l'intervention clinique est effectuée pour l'une ou l'autre de ces situations, utiliser l'élément de contexte approprié :*

- Intervention clinique effectuée pour un problème de santé mentale;

- Intervention clinique effectuée pour un problème de toxicomanie;

- Intervention clinique effectuée pour un problème de santé figurant à l'EP – Médecine de famille, prise en charge, suivi de la clientèle (par. 5.01);

- Intervention clinique effectuée auprès d'une clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

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

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

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

AVIS : *Codes d'acte **01098** et **01099***

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

AVIS : *Codes d'acte **08877**, **15144**, **15145**, **15158**, **15159**, **15169**, **15170**, **15171**, **15189** et **19074***

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

AVIS : *Code d'acte **08875***

- La constatation de décès;

AVIS : *Codes d'acte **00013**, **00014** et **15234***

- La rédaction d'un formulaire tarifé.

AVIS : *Codes d'acte **09800**, **09817**, **09825**, **09826**, **09900** à **09982** et **15265***

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

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

Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, et qu'il doit se déplacer à plus de dix (10) kilomètres du point de départ pour effectuer son déplacement, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Lors d'interventions cliniques successives, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui a précédé la visite.

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

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

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

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

AVIS : *Pour la facturation du supplément pour le déplacement en regard de la participation à une téléconsultation, réclamer le code d'acte **08876**. Ce supplément est payable pour une distance de huit (8) kilomètres ou plus entre le lieu de départ du médecin et le lieu de la téléconsultation.*

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

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

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

La rémunération pour les services spécifiques est la suivante :

Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

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

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

Cette intervention inclut la révision du dossier, les contacts avec le patient et/ou avec ses proches en ce qui a trait à sa demande d'aide médicale à mourir, l'information à lui transmettre quant au processus lui-même et le soutien à lui apporter. Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient et/ou les autres professionnels ou personnes concernés. Ces échanges sont tenus au cours de la même séance avant la rencontre avec le patient ou suite à cette rencontre.

L'intervention clinique suite à une demande d'aide médicale à mourir d'un patient peut être facturée par le médecin accompagnateur et par le médecin appelé à donner un second avis.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir, la séance ne doit pas durer moins de quinze (15) minutes consécutives. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. Le médecin qui se prévaut des présentes dispositions ne peut facturer, au cours de la même séance, tout autre acte à l'exception des actes suivants :

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **15880** et **15881** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

Le temps consacré aux actes ci-dessus doit être exclu du temps de l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient. Les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments doivent faire l'objet d'une comptabilisation et d'une réclamation distinctes selon les mêmes règles que l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.

Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.

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

\# ***AVIS :*** *Voir le code d'acte* ***15882*** *sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

\# ***AVIS :*** *Le médecin rémunéré à l'acte ou au mode mixte peut se prévaloir de l'indemnité de kilométrage.*

Consulter le paragraphe 2.4.2 pour les instructions de facturation.

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

1) Examen ordinaire

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

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

2) Examen principal

L'examen principal comporte les éléments suivants :

1) le questionnaire portant sur :

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

   b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
      - nez, gorge, oreilles;
      - yeux;
      - système digestif;
      - système cardio-vasculaire;
      - système respiratoire;
      - système génito-urinaire;
      - système nerveux;
      - appareil locomoteur;
      - système endocrinien.

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

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

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

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

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

3) L'intervention en situation complexe

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

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;
- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;
- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus.

Cette intervention ne comprend pas les services médico-administratifs rendus concurremment ni le constat de décès, qui peuvent, le cas échéant, être réclamés en plus de l'intervention en situation complexe. Toutefois, le temps requis pour le constat de décès ainsi que pour des services médico-administratifs tels la rédaction d'un formulaire, les services médico-administratifs dispensés pour le compte de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou ceux concernant certaines évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne prévus à la Lettre d'entente n^{o} 223 doit être exclu du temps de l'intervention en situation complexe.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur **187** pour la nouvelle intervention auprès d'un patient afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.*

4) L'examen psychiatrique principal

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

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

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

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *le code d'acte **15263**;*
- *le code d'établissement 0XXX7 (**établissements désignés seulement**);*
- *la lettre « **A** » dans la case* C.S.*;*

- *le nom de l'établissement vers lequel le médecin a dirigé le patient dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *La liste des établissements désignés dans le cadre de l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant le transport ambulancier est disponible sur notre site au* www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels*. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique* Établissements visés par certaines règles du préambule général *de l'onglet* Facturation*.*

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

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

AVIS : *Pour le patient admis en attente d'être transféré dans une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux codes d'acte et aux tarifs du* ***patient inscrit à l'urgence.***

Utiliser la Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*
- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***15637****;*
- *le montant de* ***7,10 $ ou le montant réclamé*** *dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code d'établissement* ***0XXX7*** *dans la section* Établissement *ainsi que la* ***date d'admission****.*

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Le forfait de support médical à distance est de 31,85 $ par quart de garde. Un maximum de trois (3) forfaits peuvent être facturés par jour de calendrier dans un même service d'urgence.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***15259****;*
- *le code d'établissement 0XXX7 (****établissements désignés seulement****);*
- *la lettre « **A** » dans la case* C.S.*;*
- *l'heure de début et de fin de la période de huit heures consécutives de garde sur place à l'urgence dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

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

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

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

AVIS : *Pour* ***chacun des actes suivants****, à l'exception des actes* ***15643*** *et* ***15652****, inscrire la* ***date d'admission*** *en établissement (voir l'onglet* Rédaction de la demande de paiement, Section 5 - Établissement*).*

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

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

1) Visite de prise en charge

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

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15638*** *(niveau A) et* ***15647*** *(niveau B) sous l'onglet B.*

2) Visite de suivi

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

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

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

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

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

AVIS : *Pour toute visite de suivi subséquente à la première effectuée auprès d'un patient la même journée, voir les codes d'acte **15640** (niveau A) et **15649** (niveau B) sous l'onglet B.*

AVIS : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP - Garde sur place-Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un **patient admis** doit facturer la première visite de suivi ou une visite subséquente, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence **105, 106** et **107 (régime A)** ou **401, 402** et **403 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.*

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

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

3) Visite de transfert

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15642*** *(niveau A) et* ***15651*** *(niveau B) sous l'onglet B.*

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

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

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

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

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

AVIS : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP – Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'****urgence*** *auprès d'un* ***patient admis*** *(en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée) doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également inscrire les modificateurs* ***126 (régime A)*** *ou* ***151 (régime B)****, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 A, si applicables et calculer les honoraires en tenant compte du pourcentage applicable.*

AVIS : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP – Garde sur place - Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un* ***patient admis****, doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également inscrire l'un des modificateurs suivants :* ***105, 106 et 107 (régime A)*** *ou* ***401, 402 et 403 (régime B)****, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables et calculer les honoraires en tenant compte du pourcentage applicable.*

5) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B) sous l'onglet B.*

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

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

AVIS : *Pour les codes d'acte **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B), utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

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

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

AVIS : *Inscrire **la date d'admission** dans le cas d'un patient admis, ou **la date du rendez-vous** dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.01 - P.G. 2.2.6 D. Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

6) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **15644, 15645** et **15646** (niveau A) et **15653, 15654** et **15655** (niveau B) sous l'onglet B.*

AVIS : - *Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

- *Inscrire le modificateur **094** ou **un de ses multiples** pour la réclamation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services réclamés, et ce, au cours de la même période.*

*L'utilisation du modificateur **094** ou **un de ses multiples** est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

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

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

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

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

1) Évaluation médicale globale en soins de longue durée

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15615** sous l'onglet B.*

2) Visite de suivi courant

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS : *Voir le code d'acte **15616** sous l'onglet B.*

3) Visite de suivi exigeant un examen

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15617** sous l'onglet B.*

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15618** sous l'onglet B.*

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15619** sous l'onglet B.*

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

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

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

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

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

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

AVIS : *Pour le code d'acte **15620**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15620** sous l'onglet B.*

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

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

*- la date et le code d'acte **15621**;*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.02 - P.G. 2.2.6 E dans la case* ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre de périodes de quinze (15) minutes complètes dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).*

Voir également le code d'acte ***15621*** *sous l'onglet B.*

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

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte* ***15622****;*
- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'établissement correspondant à celui où le patient est admis dans la case* ÉTABLISSEMENT*;*
- *les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).*

Voir également le code d'acte ***15622*** *sous l'onglet B.*

9) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15623,15624*** *et* ***15625*** *sous l'onglet B.*

AVIS : - *Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- *Inscrire le modificateur* ***094*** *ou* ***un de ses multiples*** *pour la réclamation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services réclamés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur* ***094*** *ou* ***un de ses multiples*** *est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

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

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

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

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

AVIS : *Pour chacun des actes suivants,* ***à l'exception des codes 15631 et 15632****, inscrire* ***la date d'admission*** *en établissement (voir l'onglet* Rédaction de la demande de paiement, Section 5 - Établissement*).*

1) Visite de prise en charge

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15626*** *sous l'onglet B.*

2) Visite de suivi courant

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15627*** *sous l'onglet B.*

3) Visite de suivi exigeant un examen

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

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1), 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi exigeant un examen.

AVIS : *Voir le code d'acte **15628** sous l'onglet B.*

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

4) Visite de transfert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15630** sous l'onglet B.*

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

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

6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

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

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

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

AVIS : *Pour le code d'acte* ***15631****, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section* ***4.2.4.2*** *de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15631*** *sous l'onglet B.*

AVIS : *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis, ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.03 - P.G. 2.2.6 F. Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

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

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte* ***15632****;*
- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.03 - P.G. 2.2.6 F dans la case* ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre de périodes de quinze (15) minutes complètes dans la case* UNITÉS*;*

- les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).
Voir également le code d'acte ***15632*** *sous l'onglet B.*

8) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***15633, 15634*** *et* ***15635*** *sous l'onglet B.*

AVIS : *- Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Inscrire le modificateur ***094*** *ou* ***un de ses multiples*** *pour la réclamation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services réclamés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur* ***094*** *ou* ***un de ses multiples*** *est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

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

Les programmes, unités, services ou départements visés au présent paragraphe sont identifiés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII de l'entente générale.

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

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien *(3547) pour chaque médecin qui choisit la nomenclature à l'acte pour les soins psychiatriques afin de confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie. Il doit sélectionner la situation d'entente* Annexe XXII *ainsi que le secteur de pratique* Psychiatrie *: soins psychiatriques et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

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

AVIS : *Le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui doit se rendre dans le service de l'urgence auprès d'un patient admis doit facturer ses services psychiatriques en tenant compte du type de visite effectuée et en utilisant son secteur de provenance (0XXX8).*

AVIS : *Pour chacun des actes suivants,* ***à l'exception de l'acte codifié 08953****, inscrire la date d'admission en établissement ou, s'il y a lieu, la date du rendez-vous dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe ou à l'hôpital de jour*

pour les soins psychiatriques reliés à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.04 – P.G. 2.2.6 G (voir Rédaction de la demande de paiement*, Section 5 –* Établissement*).*

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

1) Visite de prise en charge psychiatrique

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **08923** sous l'onglet B.*

2) Visite de suivi psychiatrique

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

Cette visite ne peut être réclamée par un médecin qui, le même jour, a effectué un examen psychiatrique, une intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient. Elle peut être réclamée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient.

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

AVIS : *Voir le code d'acte **08933** sous l'onglet B.*

3) Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin procède à un examen, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle peut être réclamée lorsque l'examen est rendu nécessaire par

l'état du patient pour évaluer un problème de santé mentale, initier ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

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

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

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin qui doit revoir le patient suite à une visite de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée le même jour, et qui doit procéder à un autre examen en raison d'une modification de l'état de santé mentale du patient, peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toute visite subséquente de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée la même journée est payée à un tarif moindre sauf si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence.

AVIS : *Pour toute visite de suivi psychiatrique exigeant un examen subséquent à la première visite effectuée auprès d'un patient la même journée, voir le code d'acte* ***08942*** *sous l'onglet B. Si la visite survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence, facturer le code d'acte* ***08913****.*

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

4) Visite de transfert psychiatrique

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

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou un jour férié. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer la visite de suivi psychiatrique ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toutefois, de façon exceptionnelle, le médecin qui doit prendre charge du transfert d'un patient les samedi, dimanche ou un jour férié, peut facturer la visite de transfert le jour suivant un de ces jours exclus, à la condition qu'il assume toujours la responsabilité des soins psychiatriques du patient durant la semaine qui suit et qu'il effectue une visite auprès du patient ce jour suivant.

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

AVIS : *Pour la facturation de la visite de transfert psychiatrique du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code d'acte* ***08943*** *sous l'onglet B. Lorsque la visite est rendue exceptionnellement la fin de semaine ou un jour férié, le professionnel peut facturer un jour suivant un de ces jours exclus selon les conditions énoncées précédemment.*

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***08948*** *sous l'onglet B.*

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

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

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du professionnel qui a demandé l'évaluation psychiatrique dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement – Médecin *(1200).*

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***08953*** *sous l'onglet B.*

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

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

AVIS : *Pour le code d'acte* ***08953****, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS*. Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section* ***4.2.4.2*** *de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Lorsque le médecin est sur place au sein d'un établissement visé par les présentes, les échanges avec les proches du patient ou avec des intervenants en santé mentale du milieu communautaire (pouvant comprendre un médecin de famille ou un médecin spécialiste), peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin, dans le cadre des services dispensés dans une clinique externe visée aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale, peut se prévaloir des présentes dispositions.

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

7) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **08966**, **08967** et **08968** sous l'onglet B.*

AVIS :
- *Inscrire le NAM réel de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- *Inscrire le modificateur **094** ou **un de ses multiples** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur **094** ou **un de ses multiples** est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

2.2.7 Examen médical (agression sexuelle) :

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

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

Constat médico-légal (agression sexuelle) :

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

2.2.7 A Forfait de déplacement (agression sexuelle)

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **19080**, **19081** et **19082** sous l'onglet B.*

2.2.8 Examen externe d'un cadavre :

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

2.2.9 Rémunération majorée

2.2.9 A Patient admis ou personne hébergée

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

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **408** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés **(0XXX3)**, à une unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**), à une unité de soins gériatriques **(0XXX2)**, psychiatriques **(0XXX8)** ou de soins palliatifs **(4XXX0),** en CHSLD (**0XXX4, 1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **13 %**.*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **409** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés **(0XXX3)**, à une unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**), à une unité de soins gériatriques **(0XXX2)**, psychiatriques **(0XXX8)** ou de soins palliatifs **(4XXX0),** en CHSLD (**0XXX4, 1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **23 %**.*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **045** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés **(0XXX3)**, à une unité de soins gériatriques **(0XXX2)**, psychiatriques **(0XXX8)** ou de soins palliatifs **(4XXX0),** en CHSLD (**0XXX4, 1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **23 %**.*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **069** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant à une unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **30 %**.*

*Cette majoration est aussi applicable aux forfaits prévus à l'*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens.

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

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

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

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

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **413** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*, le code d'établissement **0XXX7** ou **4XXX7** ou **8XXX5** ou **9XXX2** et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **13 %**. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur **062** s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur **414** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*, le code d'établissement **0XXX7** ou **4XXX7** ou **8XXX5** ou **9XXX2** et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **23 %**. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur **062** s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

iii) Une majoration de 30 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h;

AVIS : *Inscrire le modificateur **108** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*, le code d'établissement **0XXX7** ou **4XXX7** ou **8XXX5** ou **9XXX2** et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **30 %**. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur **062** s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

iv) Une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services dispensés sur place de 0 h à 8 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur **415** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*, le code d'établissement **0XXX7** ou **4XXX7** ou **8XXX5** ou **9XXX2** et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **13 %**. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur **062** s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

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

Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée. Le montant de ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 129,60 $ au 1er janvier 2012 et de 135 $ au 1er juin 2013. Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application des majorations prévues ci-dessus.

AVIS : ***Pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié :***

Utiliser la Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte **09791**;*
- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *les heures de début et de fin de la période de garde dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case* ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires (soumis à la rémunération différente).*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche ou jour férié :

Utiliser la Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte **19953**;*
- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *les heures de début et de fin de la période de garde dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case* ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires (soumis à la rémunération différente).*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.2.9 C *(abrogé le 30 septembre 2013 par l'Amendement no 127)*

2.3 PSYCHOTHÉRAPIE

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

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

La psychothérapie doit respecter les règles suivantes :

1. -établir un processus interactionnel structuré avec le client;
2. -procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
3. -appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
4. -s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

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

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

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

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

2.4 DIVERS

+ 2.4.0 Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **15883** et **15884** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15885** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15886** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15887** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15888** sous l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

2.4.1 Constatation de décès

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **00013, 00014, 00016, 00018, 15234 et 15266** sous l'onglet B.*

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15264** sous l'onglet B.*

2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte **15265** sous l'onglet B.*

2.4.2 Frais de kilométrage

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

AVIS : *Inscrire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case* DISTANCE*. Voir la rubrique* Frais de déplacement *sur notre site Web, sous* Facturation *dans votre profession.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire :*

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *la date du déplacement dans la case* DATE DE SERVICE *de la section* Actes*;*
- *le code d'acte **00015**;*
- *le rôle **1**;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *le nombre de kilomètres diminué des 10 premiers kilomètres dans la case* DISTANCE*;*
- *le montant demandé dans la case* HONORAIRES *adjacente à la case* DISTANCE*;*
- *« médecin rémunéré à honoraires fixes pour visite à domicile » dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

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

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

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

2.4.3 Nouveau-né en santé

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte* ***15024*** *sous l'onglet* B.

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

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

AVIS : *Lorsque le nouveau-né est en santé, le médecin peut facturer le code d'acte* ***15024****. Si l'état du nouveau-né change au cours de la journée et que le même médecin doit le revoir, ce dernier ne peut facturer le montant forfaitaire prévu pour les soins du nouveau-né en santé. Il doit alors facturer tous les soins prodigués durant la journée avec chacun des codes d'acte appropriés.*

*Si un médecin différent examine ce nouveau-né, celui-ci doit inscrire la lettre « **G** » dans la case* C.S. *afin de préciser que les soins étaient immédiatement requis.*

2.4.4 Observation

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

2.4.5 Rémunération majorée

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

2.4.6 Soins préopératoires, postopératoires et simultanés

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

2.4.7 Suppléments

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

- le service médical est immédiatement requis;
- un déplacement est exigé du médecin pour la dispensation du service médical;
- ce déplacement ne coïncide pas avec celui que le médecin doit faire pour se rendre à l'établissement pour assumer une garde sur place ou effectuer sa tournée quotidienne, ou, en cabinet, pour tenir une séance régulière de consultation ou de visite.

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

B) Le samedi, le dimanche, un jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h :
- pour un patient au cabinet, au CLSC, à l'UMF-CH ou à l'UMF-CLSC.

C) Tous les jours de 19 h à 7 h :
- pour une visite à domicile auprès d'un patient qui n'est pas en perte sévère d'autonomie.

Ce supplément n'est pas payable durant une période où un médecin est rémunéré selon le mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF CH ou en UMF CLSC.

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

AVIS : *Voir les codes d'acte* ***06984, 06985, 06987, 06988 et 06990*** *sous l'onglet* Obstétrique. *Selon le cas, inscrire l'heure de la naissance ou de la prise en charge dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

AVIS : - *Inscrire le modificateur* ***011*** *dans la case* MOD.
- *Inscrire l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

AVIS : - *Inscrire le modificateur* ***175*** *ou ses multiples.*
- *Inscrire l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

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

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

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *et le modificateur approprié dans la case* MOD *:*

- pour le supplément de 113 % = ***128*** *ou un de ses multiples*
- pour le supplément de 63 % = ***129*** *ou un de ses multiples*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur* ***045, 408, 409*** *ou leurs multiples selon la période (****voir règle 2.2.9 A du préambule général****) pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant (****0XXX3****) et les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur.*

Les modificateurs ***069, 408, 409*** *ou leurs multiples peuvent s'appliquer sur les actes* ***00823, 00824, 00828*** *et* ***00829*** *lorsque les services sont rendus dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS (****0XXX6*** *ou* ***4XXX6****).*

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

2.4.7.3 D Lorsqu'un déplacement d'urgence est requis pour effectuer un traitement hyperbare le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h, le médecin peut se prévaloir d'un supplément additionnel. Il est de 27,20 $ au 1er janvier 2012 et de 28,35 $ au 1er juin 2013. Ce supplément additionnel n'est pas sujet à la majoration des alinéas précédents ou de l'annexe XX.

AVIS : *Le supplément doit être facturé le même jour que le traitement hyperbare (****00837*** *ou* ***00839****) et sur la même demande de paiement (voir le code d'acte* ***20084*** *dans l'onglet* Actes diagnostiques et thérapeutiques*).*

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

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

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

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

AVIS : *Noter que le nom des jours fériés peut différer du « Tableau des dates fixées par la Régie pour la célébration des fêtes légales règle 2.4.7.6. » (Voir le tableau à la fin de l'onglet* A - Préambule général*)*

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

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 tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Veuillez vous assurer auprès de votre établissement des dates convenues.* ***En cabinet****, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir ce tableau à la fin du présent onglet ou le tableau des calendriers spécifiques dans la rubrique* Congés fériés *de la section* Établissements du réseau de la santé*.*

2.4.7.7 Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Le supplément d'honoraires est, pour un plateau principal (01098), de 21,60 $ au 1er avril 2011 et de 22,70 $ au 1er janvier 2012 et, pour un plateau mineur (01099), de 10,80 $ au 1er avril 2011 et de 11,35 $ au 1er janvier 2012.

Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément accordé pour le plateau principal et 2.4.7.7 B pour le supplément accordé pour le plateau mineur.

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

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

AVIS :
- *Le supplément d'honoraires ne s'applique que pour les chirurgies effectuées en cabinet privé.*
- *Inscrire le code d'acte* ***01098*** *pour la mention P.G. 2.4.7.7 A ou le code d'acte* ***01099*** *pour la mention P.G. 2.4.7.7 B identifié dans le tarif.*
- *Le code d'acte de chirurgie et son supplément d'honoraires doivent être facturés sur la même demande de paiement.*

2.4.7.8 *(abrogé le 30 septembre 2013 par l'Amendement no 127)*

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

2.4.7.10 Une prime de responsabilité est accordée au médecin exerçant au sein d'un centre de détention. La prime de responsabilité est de 15,6 % et s'applique à tous les services que facture le médecin dans ce secteur d'activité.

AVIS : *Inscrire le modificateur **015** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section* Actes*; le code d'établissement correspondant à un centre de détention (7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.*

2.4.8 Surveillance (voir le code d'acte **00080**, sous l'onglet B) :

- Le médecin qui doit veiller sur un patient en raison de la gravité de son état a droit au paiement d'un honoraire de surveillance.
- La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin interrompt toute autre activité clinique.
- Le médecin ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.
- Une surveillance comporte une première période de trente (30) minutes qui n'est jamais rémunérée; si elle se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.
- Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.
- Une période d'attente, telle l'attente d'un rapport ou l'attente préopératoire, ne constitue pas une surveillance.

2.4.9 Transfert ambulancier

AVIS : *Voir les codes d'acte **09087** et **09246** sous l'onglet B.*

2.4.9.1 Interétablissement

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

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

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

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

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

2.4.9.2 À partir du cabinet ou du domicile

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

2.4.9.3 Forfait de déplacement

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **19047**, **19048** et **19049** sous l'onglet B.*

2.5 PRÉSOMPTION

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

2.6 INDICATEURS ADMINISTRATIFS

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

2.7 CONSEIL GÉNÉTIQUE OU GÉNIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir établissements désignés, annexe 1, Accord n^{o} 126, (Brochure n^{o} 1).*

2.8 *(abrogé le 15 mars 2003 par l'Amendement n^{o} 83).*

2.9 PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

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

2.10 CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

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

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

1. la révision approfondie de tous documents légaux ayant rapport à la cause (i.e testaments biologiques, procuration permanente pour les soins de santé, etc.);
2. le rapport officiel écrit de la consultation, documentant :
   - identification et explication des dilemmes d'éthique existants;
   - référence aux faits pertinents à la cause qui touchent le côté médical, légal et social;
   - recommandation par ordre de priorité des plans spécifiques de gestion clinique;
   - justification élaborée de ces recommandations basée sur une analyse éthique raisonnée et faisant référence à la littérature médicale, légale et d'éthique médicale.

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

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

a) la consultation est effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier désigné par accord des parties;
b) le médecin qui effectue la consultation est agréé par le comité d'éthique de l'établissement visé.

AVIS : *Établissements désignés à l'annexe 1 de l'Accord n^{o} 172 :*
Région de Montréal-Centre (06)

00193 - Institut et Hôpital neurologique de Montréal (96-01-01)
08033 - Site Glen (15-05-15)
Région de Lanaudière (14)
01413 - Centre hospitalier Le Gardeur (95-09-01)

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte **00017**, **00019**, **08906** et **08909**, sous l'onglet B.*

2.11 ACTES SPÉCIFIQUES AUX SOINS INTENSIFS

2.11.1 Induction de l'hypothermie thérapeutique

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

AVIS : *Inscrire **la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie** de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.2 Installation pour ventilation en position ventrale

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

AVIS : *Inscrire **la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie** de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.3 Mesure de la tension intra-abdominale

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

AVIS : *Inscrire **la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie** de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

ACTES INCLUS

Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la consultation ou des services médicaux qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés ci-dessous.

ablation des points de suture ou des agrafes
ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)
administration et interprétation des tests diagnostiques suivants :
- analyse d'urine, sans microscopie
- glycémie, par méthode simple qualitative
- hémoglobine, par méthode simple qualitative
- mycose test
- P.P.D. (purified protein derivative)
- test à la tuberculine
- toute autre analyse par méthode simple, sauf celle spécifiquement prévue au tarif

allongement du frein du prépuce
androscopie
application de pâte d'unna
appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive
aspiration de la trachée sous vision directe
aspiration pour otite séreuse, unilatérale

biomicroscopie oculaire
biopsie du pénis
biopsie du scrotum
blocage nerf honteux, uni ou bilatéral
blocage paracervical
botte d'unna
brûlure simple (1er degré), traitement et débridement

calibrage de l'urètre
cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation
cardioversion chimique
cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif
cautérisation du cordon ombilical
changement de canule de trachéotomie
changement de cathéter de gastrostomie
changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie
changement de sonde d'urétérostomie cutanée
changement de sonde de néphrostomie
chimiothérapie d'une lésion cutanée
correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale
cure d'hyposensibilisation, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
cryothérapie d'une lésion
culdoscopie

débimétrie (débit de pointe)
détorsion manuelle de cordon spermatique
dilatation d'urètre chez la femme
dilatation du col
dilatation du prépuce
dilatation du sphincter anal sans anesthésie
dilatation du vagin sous anesthésie
dilatation ou irrigation de la voie lacrymale

électrorétinographie, technique simple
enlèvement de mèches vaginales
enlèvement de plâtre (sans fracture ni luxation)
épilation des cils
épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
épreuves de fonction respiratoire :
- analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
- analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
- bronchospirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
- évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
- oxymétrie et saturation en oxygène toute technique
- ventilation et consommation d'oxygène

épreuves orthostatiques
étude de la transmission neuromusculaire
étude du chimisme gastrique (intubation et interprétation)
étude du sperme
étude simple de la vision des couleurs
évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
examen à la lampe à fente
examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
examen gynécologique avec cautérisation ou conisation ou électroconisation avec anesthésie
examens vestibulaires (bilatéral) : épreuves cervicales
épreuves de la poursuite
épreuves positionnelles
épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)
exérèse de cathéter de dissection veineuse
exérèse de cérumen
exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
exérèse de varicocèle par voie scrotale
exérèse d'un corps étranger intra-vaginal
exophtalmométrie
exploration du contenu scrotal
extraction de bague (acte simple)
extraction simple de stérilet

fixation d'un drain
fracture d'apophyse épineuse ou transverse, traitement conservateur
fracture du crâne, traitement conservateur
funduscopie, sauf autrement prévu au tarif

grattage, pelage, taillage de callosités (lorsqu'effectué en établissement ou au bénéfice d'un patient âgé de moins de soixante-dix (70) ans)
immobilisation par appareil ou orthèse préfabriqués commercialement incluant notamment : collet cervical, bandage élastique ou adhésif, écharpe, etc.
incision latérale ou dorsale du prépuce
inhalothérapie

injection de substance de contraste :
- cholangiographie par injection intraveineuse
- cholangiographie par tube en T
- déférentographie
- échographie
- gynécographie
- orbitographie
- pariétographie
- pelvigraphie
- pyélographie I.V.
- tomographie axiale
- vaginographie
- voies urinaires pour urétérographie

injection intracaverneuse de papaverine
injection pour prurit anal
injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
insertion de pessaire
insertion de prothèse testiculaire
insertion naso-gastrique de tubes (Levine, alimentation, etc.)
insertion de tiges laminaires;
installation de l'équipement de l'inhalothérapie;
installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus
installation d'un tube de gavage à long terme
insufflation tubaire
irrigation de l'oeil
irrigation et enlèvement du drain

laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie au microscope sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
laryngoscopie indirecte sans biopsie
lavage bronchique
libération du frein de la langue pour un patient de deux (2) ans et moins

manipulation pour épicondylite (tennis elbow)
manoeuvre d'Epley
manométrie ano-rectale (sauf pour une pathologie digestive)
massage prostatique
mesure de la tension veineuse centrale
mesure de la vitesse circulatoire
mise en place d'une mèche dans un kyste déjà drainé
myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

nettoyage de l'oreille externe et moyenne

ophtalmoscopie
orbitographie avec substance de contraste

pansement de moins de vingt (20) centimètres carrés
pharyngogramme avec substance de contraste
phonocardiographie
ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle
ponction de sang dans un cathéter
pose d'une mèche dans le conduit auditif externe
prélèvement d'une homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire et thoracique
prélèvement de sécrétions
prélèvement sanguin capillaire

réduction manuelle de torsion testiculaire
réduction manuelle d'hernie inguinale
réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
réflexogramme achilien avec kinomètre
réfraction

taillage des ongles d'orteil
tamponnement nasal antérieur par compression simple
test à la lampe de Wood
test de confrontation
test de tolérance à l'eau
tomographie simple
tonométrie simple
traction pour scoliose, type Cotrel

vectocardiogramme
ventriculoscopie

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

En conformité avec l'article 22 a) ii du règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie*, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la *Loi des décrets de convention collective* et qui sont considérés comme des services assurés.

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

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r. 34)

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r. 34)

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

Examen médical ou optométrique *(*)* requis par la Société d'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.
Examen médical ou optométrique *(*)* que peut exiger la Société d'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r. 34)

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

4. CHAUFFEUR DE TAXI :

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r. 34)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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* (RLRQ, chapitre P-13.1)
- 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 annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

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

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

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

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

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

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

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

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE :

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

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

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

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

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

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

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

- *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1).
- Article 215 du *Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires* (Décret 213-93 du 17 février 1993).

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

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

- *Loi sur les services de santé et services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Article 10 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

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

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental* (chapitre P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la curatelle publique* (RLRQ, chapitre C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*;
6. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la Sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1).

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

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste n'est un service assuré que s'il est fourni dans un établissement autre que celui où il est en stage ou pour un conseil régional. Dans ce dernier cas, une attestation doit être fournie à la Régie.

En d'autres termes, les services qu'un tel médecin rend à titre de médecin omnipraticien dans un établissement où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE

AVIS : *Plusieurs ententes particulières comportent des instructions de facturation à l'acte notamment pour la réclamation de certains montants forfaitaires. Veuillez vous assurer de prendre connaissance des instructions de facturation relatives à chaque entente particulière qui vous concerne. (Voir Brochure n^{O} 1 - Médecins omnipraticiens - Ententes particulières)*

ENTENTES PARTICULIÈRES :

- relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins de courte durée, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs;
- ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée;
- concernant la rémunération de la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien. *(Abrogée par l'Amendement n^{O} 82)*

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX HORS DU CANADA 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.

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. FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION 4306

La Régie rend disponible aux médecins le formulaire *Demande d'autorisation préalable pour le paiement ou le remboursement des services médicaux hors du Québec* (4306) lequel permet d'adresser à la Régie une demande d'autorisation de services médicaux hors du Québec lorsque les services spécialisés requis ne sont pas disponibles au Québec.

Le formulaire 4306 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca à la section *Formulaires* sous votre catégorie de professionnels.

4. TRANSMISSION DES DEMANDES D'AUTORISATION

Vous devez transmettre vos demandes d'autorisation dûment remplies et signées, par la poste, à l'adresse suivante :

DPHQATF – Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour accélérer l'étude de la demande, une copie du formulaire rempli et signé peut être transmise au préalable à la Régie, par télécopieur, au 418 646-3492.

5. 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 PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE 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.

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. FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION 4306

La Régie rend disponible aux médecins le formulaire *Demande d'autorisation préalable pour le paiement ou le remboursement des services médicaux hors du Québec* (4306) lequel permet d'adresser à la Régie une demande d'autorisation de services médicaux hors du Québec lorsque les services spécialisés requis ne sont pas disponibles au Québec.

Le formulaire 4306 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca à la section *Formulaires* sous votre catégorie de professionnels.

4. TRANSMISSION DES DEMANDES D'AUTORISATION

Vous devez transmettre vos demandes d'autorisation dûment remplies et signées, par la poste, à l'adresse suivante :

DPHQATF – Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour accélérer l'étude de la demande, une copie du formulaire rempli et signé peut être transmise au préalable à la Régie, par télécopieur, au 418 646-3492.

5. INFORMATION

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

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

Télécopieur : 418 646-3492

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

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : 250 387-6121
Appels sans frais : 1 800 663-7867

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

MANITOBA

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

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 ET LABRADOR

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch
P.O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5202

TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE

POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES

RÈGLE 2.4.7.6

La période de référence retenue par la Régie est du 1er mai au 30 avril de l'année suivante.

Réf. : Règle 2.4.7.6 du préambule général.

#

JOUR FÉRIÉ	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019
Journée nationale des Patriotes	23 mai 2016	22 mai 2017	21 mai 2018
Fête nationale du Québec	24 juin 2016	23 juin 2017	25 juin 2018
Fête du Canada	1er juillet 2016	30 juin 2017	2 juillet 2018
Fête du Travail	5 sept. 2016	4 sept. 2017	3 sept. 2018
Action de grâces	10 oct. 2016	9 oct. 2017	8 oct. 2018
Veille de Noël	23 déc. 2016	22 déc. 2017	24 déc. 2018
Fête de Noël	26 déc. 2016	25 déc. 2017	25 déc. 2018
Lendemain de Noël	27 déc. 2016	26 déc. 2017	26 déc. 2018
Veille du jour de l'An	30 déc. 2016	29 déc. 2017	31 déc. 2018
Jour de l'An	2 janv. 2017	1er janv. 2018	1er janv. 2019
Lendemain du jour de l'An	3 janv. 2017	2 janv. 2018	2 janv. 2019
Vendredi saint	14 avril 2017	30 mars 2018	19 avril 2019
Lundi de Pâques	17 avril 2017	2 avril 2018	22 avril 2019

INDEX

Page

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

Visites sur rendez-vous *(patient de moins de 80 ans)* **B-3**
Visites sur rendez-vous *(patient de 80 ans ou plus)* **B-8**
Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit *(patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)* **B-9**
Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit *(patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)* **B-10**
Visites à domicile **B-11**
Visites sur rendez-vous *(patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)* . . . **B-12**
Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous *(patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)* **B-12**
Communications **B-13**
Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. **B-13**
Consultation *(patients de moins de 70 ans)* **B-14**
Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans **B-15**
Examen *(patients de moins de 70 ans)* **B-16**
Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie *(patients de moins de 70 ans)* **B-18**
Consultation et examen pour les patients de 70 ans ou plus **B-19**
Examen du personnel d'un établissement. **B-25**
Examen d'évaluation médicale *(Patient en perte d'autonomie)* **B-25**
Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel et forfait de déplacement. **B-26**
Services reliés à l'examen d'un enfant (moins de 18 ans) suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse*. **B-26**
Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner **B-27**
Intervention clinique (individuelle ou collective) **B-30**
Psychothérapie (individuelle ou collective) **B-32**
Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir **B-33**
Formulaire relatif à la sédation palliative continue **B-33**
Constatation de décès **B-33**
Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus. . . . **B-35**
Nouveau-né en santé **B-35**
Frais de kilométrage **B-35**
Surveillance. **B-36**
Transfert ambulancier **B-36**
Forfait de déplacement. **B-36**
Vacation. **B-37**
Conseil génétique ou génique **B-37**
Éthique clinique *(consultation, rencontre, entrevue)*. **B-38**

RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
(Lettre d'entente n^{o} 223) **B-39**

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
(annexe XIII de l'Entente) **B-40**

PROTOCOLE D'ACCORD
Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1) **B-50**

PROTOCOLE D'ACCORD
Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du *Code criminel* (L.R.C., (1985), ch. C-46) **B-50**

PROTOCOLE D'ACCORD
Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la *Loi sur le curateur public* **B-52**

PROTOCOLE D'ACCORD
Hépatite C (VHC) *(voir Brochure n^{o} 1)*

PROTOCOLE D'ACCORD
Cancer du sein *(voir Brochure n^{o} 1)*

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

\# ***AVIS :*** *Les tableaux synthèses sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Manuels, à l'onglet* B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE *du* Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte.

AVIS : - *Voir le préambule général et l'onglet* RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT *section* ***4.2.*** *Le code d'établissement ou de localité doit obligatoirement figurer sur votre demande de paiement* ***(4.2.5)****.*
- *Les numéros des différentes règles s'appliquant aux actes facturés sont indiqués en référence (réf.) près du titre principal de chacune des sous-sections.*

15188 supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète, cabinet, domicile, établissement pour un patient inscrit 26,05

Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique.

En cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC

\# ***AVIS :*** *Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la* Lettre d'entente n^{o} 295*.*

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

\# ***AVIS :*** *En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, les actes ci-dessous sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*

\# ***AVIS :*** *Seules les visites ponctuelle mineure et ponctuelle complexe, les visites d'évaluation d'un problème mineur ou complexe pour donner une opinion et la visite à domicile du patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général. Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence sont également permis durant une période de garde en disponibilité.*

\+ ### Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans)

Patient non vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

\+ 15801 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 82,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 61,65

\+ 15802 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 95,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 71,45

Visite de suivi

\+ 15803 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 41,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 30,85

\+ 15804 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 47,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 35,35

Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)

\# ***AVIS :*** *Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

\# ***AVIS :*** *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

\+ 15805 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 127,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 95,50

\+ 15806 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 144,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 108,65

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

\# ***AVIS :*** *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

\+ 15807 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 82,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 61,65

\+ 15808 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 93,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 70,30

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre

\+ 15809 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 82,00

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 61,65

\+ 15810 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 93,50

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 70,30

Visite de suivi de grossesse

\+ 15811 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 48,00

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 36,10

\+ 15812 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 54,50

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 41,00

Prise en charge et suivi pédiatrique

Visite périodique pédiatrique

\+ 15813 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 64,00

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 48,10

\+ 15814 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 72,50

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 54,50

Patient vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

\+ 15821 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 92,15

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 69,50

\+ 15822 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 105,15

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 79,30

Visite périodique

\+ 15819 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 92,15

En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 69,50

+ 15820 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 107,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 81,05

Visite de suivi

+ 15823 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 51,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 38,70

+ 15824 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 57,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 43,20

Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)

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

AVIS : *Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

AVIS : *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

+ 15825 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 137,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 103,35

+ 15826 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 154,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 116,50

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

+ 15827 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 92,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 69,50

\+ 15828 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 103,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 78,15

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre

\# ***AVIS :*** *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

\+ 15829 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 92,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 69,50

\+ 15830 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 103,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 78,15

Visite de suivi de grossesse

\+ 15831 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 58,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 43,95

\+ 15832 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 64,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 48,85

Prise en charge et suivi pédiatrique

Visite périodique pédiatrique

\+ 15833 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 74,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 55,95

\+ 15834 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 82,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 62,35

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

Patient non vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

+ 15815 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 97,35
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 73,20

+ 15816 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 113,30
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 85,20

Visite de suivi

+ 15817 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 48,45
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 36,45

+ 15818 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 55,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 41,85

Patient vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

+ 15835 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 107,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 81,05

+ 15836 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 123,45
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 93,05

Visite périodique

+ 15839 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 107,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 81,05

+ 15840 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 123,45
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 93,05

Visite de suivi

\+ 15837 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 58,60
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 44,30

\+ 15838 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 65,80
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 49,70

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

Patient non vulnérable

Visite ponctuelle mineure

\+ 15765 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 19,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 14,65

\+ 15766 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 22,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 16,90

Visite ponctuelle complexe

\+ 15773 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 39,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 29,30

\+ 15774 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 45,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 33,85

Patient vulnérable

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

Visite ponctuelle mineure

\+ 15767 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet. 29,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 22,50

+ 15768 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 32,65
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 24,75

Visite ponctuelle complexe

+ 15775 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 49,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 37,15

+ 15776 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 55,15
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 41,70

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

Patient non vulnérable

Visite ponctuelle mineure

+ 15769 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 23,20
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 17,45

+ 15770 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 26,80
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 20,15

Visite ponctuelle complexe

+ 15777 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 46,35
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 34,85

+ 15778 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 53,60
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 40,30

Patient vulnérable

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

Visite ponctuelle mineure

\+ 15771 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 33,35
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 25,30

\+ 15772 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 36,95
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 28,00

Visite ponctuelle complexe

\+ 15779 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 56,50
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 42,70

\+ 15780 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 63,75
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 48,15

Visites à domicile

Patient non vulnérable

Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

\+ 15781 Premier patient 127,40
\+ 15782 Patient additionnel en perte sévère d'autonomie 98,05

Patient vulnérable

Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

\+ 15783 Premier patient 137,55
\+ 15784 Patient en perte sévère d'autonomie 108,20

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

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

Patient vulnérable

Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint en santé mentale

+ 08819

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 95,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 71,45

AVIS : *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

Visite de suivi conjoint en santé mentale

+ 08848

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 70,00
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 52,65

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

Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

+ 15789

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 38,80
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 38,80

AVIS : *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

+ 15790

En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 60,25
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 60,25

AVIS : *Le cas échéant, inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

Communications

AVIS : *Pour la facturation d'une communication pour une personne assurée, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire :*
- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *le code approprié dans la section* Actes*;*
- *le numéro du lieu où la communication a été effectuée dans la section* Établissement*.*

Utiliser une ligne par communication.

Communication avec un médecin spécialiste

15841	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15842	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15843	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05

Communication avec d'autres professionnels de la santé

15844	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15845	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15846	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC (réf. : préambule général, règle 2.4.7.1)

Note : Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence ne peuvent pas être réclamés durant une période au cours de laquelle le médecin est rémunéré selon les modalités du mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

15847	période de 7 h à 16 h en cabinet	50,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15848	période de 16 h à 24 h en cabinet	75,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	56,40
15849	période de 0 h à 7 h en cabinet	100,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	75,20

AVIS : *Pour les codes d'acte **15847**, **15848** et **15849**, vous référer à l'alinéa 16) de la section 2.2.6 A du préambule général.*

Psychothérapie individuelle

première période de trente (30) minutes

15785 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 57,05
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 47,55

période supplémentaire de quinze (15) minutes

15786 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 28,55
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 23,75

AVIS : *Pour le code **15786**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS.
*Lorsque **onze unités et plus** sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *ou sur un document complémentaire et inscrire un « **A** » dans la case* C.S.

Psychothérapie (collective)
(Réf. : préambule général, règle 2.3)

première période de trente (30) minutes

15787 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 57,05
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 47,55

période supplémentaire de quinze (15) minutes

15788 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 28,55
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF 23,75

AVIS : *Pour le code **15788**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS *et vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Consultation (patients de moins de 70 ans)

(Réf. : préambule général, règles 2.1, 2.2.9 A et 2.2.9 B)

00061 mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 40,05

15656 mineure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 108,75

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*

00060 ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 58,70

15657 ordinaire d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 108,75

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC*

00062 majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 81,60

15658 d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 108,75

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC*

08800 psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 59,25

08802 psychiatrique ordinaire d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) . . 108,75

08803 psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 81,65

08805 psychiatrique majeure d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) . . 108,75

Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans

(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans) *(réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.3, 2.4.7)*

au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

AVIS : *En CLSC ou en UMF, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour un médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.*

00006 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

00057 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

00098 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

(1) *S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.*
(voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde).

Examen ***(patients de moins de 70 ans)*** *(réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A et 2.4.7)*

09092 préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 26,85

15192 d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 72,15

AVIS : *Ce code est permis seulement en centre hospitalier.*

au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

AVIS : *En CLSC ou en UMF, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour un médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.*

00006 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

00057 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

00098 d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)** 70,55

00059 examen de prise en charge de grossesse en clinique externe, patient inscrit *(voir le paragraphe 7.01 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* 63,80

AVIS : *Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et demeure soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du P.G.*

(1) *S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.*
(voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde).

15159	supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse en cabinet *(voir le paragraphe 7.02 A) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*	45,35
	en CLSC ou en UMF **(1)**	34,05
15144	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse en cabinet *(voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*	10,90
15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse *(voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* en CLSC ou en UMF.	8,55
08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans en cabinet *(voir le paragraphe 8.01, de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*	16,30
	en CLSC ou en UMF	12,75
	AVIS : *Ce supplément ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.*	
08808	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)**	82,45
08810	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans **(1)**	82,45

(1) *S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.*
(voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde).

Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie *(patients de moins de 70 ans)*
(P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

15762 examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD (PG 2.2.9 A) . . . 85,30

AVIS : *L'acte codifié **15762** est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une ou l'autre de ces annexes. Pour connaître les établissements désignés, veuillez vous référer aux listes des établissements et installations désignés pour la rémunération à l'acte des paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E de l'annexe XXII ou pour la rémunération mixte, à l'annexe III de l'annexe XXIII relative aux sections C-1 et D-1. Utiliser le numéro d'établissement désigné 0XXX2, 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe les patients inscrits *(patients de moins de 70 ans)*

15158 Forfait de congé en établissement d'un patient admis *(voir l'article 9.00 C) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* 34,00

AVIS : *Le code **15158** peut être facturé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.*

00059 Examen de prise en charge de grossesse en clinique externe, patient inscrit *(voir le paragraphe 7.01 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* **(2)** 63,80

AVIS : *Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et demeure soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du P.G.*

15159 Supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse *(voir le paragraphe 7.02 A) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* **(2)** 34,05

15145 supplément de responsabilité pour suivi de grossesse *(voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* **(2)** 8,55

ordinaire
patient inscrit **(2)**
00005 sans déplacement 13,90
00006 d'urgence avec déplacement 70,55

complet
patient inscrit **(2)**

(2) S'applique dans une clinique externe.

00056	sans déplacement	29,30
00057	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	46,65
08806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	72,90
	patient inscrit **(2)**	
08807	sans déplacement	34,30
08808	d'urgence avec déplacement	82,45
	complet majeur	
	patient inscrit **(2)**	
00097	sans déplacement	53,05
00098	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	80,40
08907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	102,30
	patient inscrit **(2)**	
08809	sans déplacement	61,95
08810	d'urgence avec déplacement	82,45

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS *(patients de moins de 70 ans)*

08811	psychiatrique complet *(P.G. 2.2.9 A)*	35,20
08812	psychiatrique complet majeur *(P.G. 2.2.9 A)*	62,30
09248	d'urgence avec déplacement *(P.G. 2.2.9 A)*	75,65

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

Consultation *(réf. : préambule général règles 2.1, 2.2.9 A et 2.4.7)*

09231	mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	42,95
15659	mineure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	116,55

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*

09234	ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	63,60
15660	ordinaire d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	116,55

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*

(2) S'applique dans une clinique externe.

09237 majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 87,15

15661 majeure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré 116,55

AVIS : *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*

08813 psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 63,55

AVIS : *Utiliser le tarif de **60,95 $** lorsque facturé en **cabinet**.*

08815 psychiatrique ordinaire d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A). . . 133,45

08926 psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 86,75

08928 psychiatrique majeure d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A). . . 116,55

Examen *(70 ans ou plus)* *(réf. : préambule général règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7)*

AVIS : *Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.*

09093 préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 26,90

15193 d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 77,05

AVIS : *Ce code est permis seulement en centre hospitalier.*

au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC *(70 à 79 et 80 ans ou plus)*

AVIS : *En CLSC ou en UMF, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour un médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.*

08884	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 70 - 79 ans **(1)**	82,00
09117	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 70 - 79 ans **(1)**	82,00
09120	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 70 - 79 ans **(1)**	82,00
08885	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 80 ans ou plus **(1)**	85,65
09117	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 80 ans et plus **(1)**	82,00
09120	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de 80 ans et plus **(1)**	82,00
08993	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF *(70 ans ou plus)* **(1)**	84,85
08997	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF *(70 ans ou plus)* **(1)**	84,85

(1) S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.
(*voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde*).

Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie *(patients de 70 ans ou plus)* (P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

AVIS : *Ces actes ne sont pas visés par la rémunération majorée prévue à la règle 2.4.5 du préambule général.*

15763 examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD (PG 2.2.9 A) 85,30

AVIS : *L'acte codifié **15763** est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une ou l'autre de ces annexes. Pour connaître les établissements désignés, veuillez vous référer aux listes des établissements et installations désignés pour la rémunération à l'acte des paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E de l'annexe XXII ou, pour la rémunération mixte, à l'annexe III de l'annexe XXIII relative aux sections C-1 et D-1. Utiliser le numéro d'établissement désigné 0XXX2, 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe pour les patients inscrits *(patients de 70 ans et plus)*

AVIS : *Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.*

15158 forfait de congé en établissement d'un patient admis *(voir l'article 9.00 C) de l'EP – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle)* 34,00

AVIS : *Le code **15158** peut être facturé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.*

ordinaire
patient inscrit **(2)**
sans déplacement
08882 ordinaire 70-79 ans 16,90
08883 ordinaire 80 ans ou plus 17,65

d'urgence avec déplacement
08884 ordinaire 70-79 ans 82,00
08885 ordinaire 80 ans ou plus 85,65

complet
patient inscrit **(2)**
09116 sans déplacement 31,05
09117 d'urgence avec déplacement 82,00

complet majeur
patient inscrit (clinique externe) **(2)**
09119 sans déplacement 56,75
09120 d'urgence avec déplacement 82,00

(2) S'applique dans une clinique externe.

psychiatrique complet
patient admis

08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	49,65
08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	80,60

patient inscrit **(2)**

08992	sans déplacement	36,20
08993	d'urgence avec déplacement	84,85

psychiatrique complet majeur
patient admis

08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	85,60
08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	111,90

patient inscrit **(2)**

08996	sans déplacement	63,80
08997	d'urgence avec déplacement	84,85

Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)

NOTE : Le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence réclame un examen ou une intervention selon le code d'acte et le tarif du patient inscrit et, lorsque le patient y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée, peut, lors de chaque examen ou intervention clinique, réclamer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de patient inscrit.

NOTE : Le médecin qui n'assure la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence, peut réclamer une visite selon le code d'acte et le tarif pour un patient admis si celui-ci y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité des soins de courte durée.

AVIS : *Le médecin qui n'assure pas la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence ne peut facturer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de sa visite.*

15637	Supplément à l'examen ou à l'intervention pour le patient admis effectué par un médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence	7,10

AVIS : *Pour le patient admis en attente d'être transféré dans une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux codes d'acte et aux tarifs du* ***patient inscrit à l'urgence****.*
Inscrire la date d'admission sur la demande de paiement.

patient inscrit
examen ordinaire sans déplacement

15052	patient de moins de 70 ans	16,85
15053	de 70 - 79 ans	21,70
15054	de 80 ans ou plus	22,65

(2) S'applique dans une clinique externe.

d'urgence avec déplacement

15055	patient de moins de 70 ans	74,20
15056	de 70 - 79 ans	92,15
15057	de 80 ans ou plus	96,05

examen principal
sans déplacement

15058	patient de moins de 70 ans	33,50
15059	de 70 - 79 ans	53,70
15060	de 80 ans ou plus	56,10

avec déplacement

15061	patient de moins de 70 ans	74,20
15062	de 70 - 79 ans	92,15
15063	de 80 ans ou plus	96,05

intervention en situation complexe *(P.G. 2.2.6 C, point 3)*

patient de moins de 70 ans

15064	première période de trente (30) minutes	108,00
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	27,30

patient de 70 ans et plus

15068	première période trente (30) minutes	108,00
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	27,30

AVIS : - ***Un maximum de 5 périodes*** *(une première de 30 min et un maximum de 4 périodes supplémentaires additionnelles de 15 min)* ***est applicable à la facturation du code d'acte 15064 et de 6 périodes*** *(une première de 30 min et un maximum de 5 périodes supplémentaires additionnelles de 15 min)* ***pour le code d'acte 15068.***

- *Pour les instructions de facturation des actes* ***15064*** *et* ***15068****, se référer à l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *au point 4.2.6.6 SECTION 6 Intervention en situation complexe.*

examen psychiatrique principal
patient inscrit
sans déplacement

15066	de moins de 70 ans	40,70
15067	70 ans et plus	57,35

avec déplacement

15069	de moins de 70 ans	86,75
15070	70 et plus	94,20

orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie

15263	démarches entreprises pendant un transport ambulancier menant à l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie	70,50

AVIS : *Pour le code d'acte* ***15263****, voir sous le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C du préambule général. Ce code d'acte est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.*

support médical à distance
support médical à distance des services préhospitaliers d'urgence

15259 forfait par quart de garde, maximum 3 par jour par service d'urgence désigné 31,85

AVIS : *Pour le code d'acte **15259**, voir sous le septième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C du préambule général. Ce code d'acte est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.*

AVIS : *Le service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins est le seul établissement désigné aux fins de cette mesure.*

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS *(patients de 70 ans et plus)*

08998 psychiatrique complet *(P.G. 2.2.9 A)* 35,20
08999 psychiatrique complet majeur *(P.G. 2.2.9 A)* 64,35
09245 d'urgence avec déplacement *(P.G. 2.2.9 A)*. 83,15

Examen du personnel d'un établissement

00020 ordinaire 13,95
00023 complet. 28,05
00026 complet majeur. 51,10

Examen d'évaluation médicale *(réf. : P.G. 2.2.6)*

09100 examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et en vue de la rédaction du formulaire approprié 156,35
09063 supplément lorsqu'effectué à domicile. 26,90
09101 rédaction du formulaire. 34,40

Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel *(réf. : P.G. 2.2.7)*

examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire

09067 sans déplacement (P.G. 2.2.9 A) 305,90
15967 d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A) 339,55

15160 évaluation médicale d'un patient présumément victime d'assaut sexuel qui, suite à l'évaluation, ne nécessite pas la rédaction du formulaire. Aucun autre service médical ne peut être facturé pour ce patient à la même séance (P.G. 2.2.9 A) 129,25

NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.

09069 supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A) 48,30

NOTE : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070.

AVIS : *Inscrire la lettre* ***« A »*** *dans la case* C.S.*, les notes explicatives dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *et le nombre de demi-heures dans la case* UNITÉS.

Forfait de déplacement *(assaut sexuel) (réf. : préambule général, règle 2.2.7 A)*

(Déplacement du professionnel vers l'établissement)
19080 pour un déplacement entre 8 h et 18 h *(*)* 167,20
19081 pour un déplacement entre 18 h et 24 h *(*)* 233,95
19082 pour un déplacement entre 0 h et 8 h *(*)* 335,85

Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse*
(réf. : Lettre d'entente n^{o} 20 - Brochure n^{o} 1)

Mauvais traitements et tarification applicable.
09070 Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (P.G. 2.2.9 A) 111,00
09073 Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A) *(**)* 44,25

Présence du médecin et tarification applicable.
09077 Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure 131,50

NOTE : Les codes 09070 et 09073 ne peuvent être réclamés avec le code 09067. Le code 09077 peut seulement être réclamé en lien avec une évaluation rémunérée selon le code 09070.

AVIS : *Dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, inscrire l'heure de début et de fin et la durée totale et, dans la case* HONORAIRES*, les honoraires au prorata du temps de présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse.*

AVIS : *(*) Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés **19080**, **19081** ou **19082**), vous devez **obligatoirement** vous déplacer vers un établissement. **Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.** Noter également que ce forfait est **majorable** en vertu des annexes XII et XII-A.*

Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la Demande de paiement - Médecin *(1200) et y inscrire :*

- *le NAM de la personne assurée qui requiert l'examen dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
- *l'heure de départ pour l'établissement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code de l'établissement qui requiert le déplacement.*

*(**) Inscrire la lettre **« A »** dans la case* C.S.*, les notes explicatives dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *et le nombre de demi-heures dans la case* UNITÉS*.*

Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner

(réf. : préambule général, règle 2.2.8)

09054	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	58,95
09055	avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	98,90

NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 09054 et 09055.

AVIS : *Inscrire le nom ou le numéro du coroner investigateur dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

AVIS : *- Inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S.*;*
De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 Identité de la personne assurée *les coordonnées suivantes :*

- *nom de famille : **DO***
- *prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe*
- *date de naissance : selon l'age approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101***
- *sexe : **M** ou **F***
- *Pour le code d'acte **09055**, depuis le 1er octobre 2008, vous avez droit au remboursement des frais de déplacement lorsque vous rencontrez les conditions énoncées à la règle 2.4.2 du préambule général.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de courte durée (P.G. 2.2.6 D)

AVIS : *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15643** et **15652**, inscrire **la date d'admission** en établissement (voir* Rédaction de la demande de paiement, Section 5- Établissement*).*

15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis	34,00

Niveau A

15638	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	83,40
15639	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	54,75
15640	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	28,15
15641	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	69,30
15642	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	83,40
15643	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	23,78

AVIS : *Pour le code d'acte **15643** (niveau A), utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Supplément pour déplacement d'urgence

15644	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	26,05
15645	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	36,50
15646	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	52,10

AVIS : *Pour les codes d'acte **15644**, **15645** et **15646**, vous référer au point 6 de la section 2.2.6 D du préambule général.*

Niveau B

15647	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	96,45
15648	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	63,30
15649	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	32,50
15650	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	80,10
15651	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	96,45
15652	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	23,78

AVIS : *Pour le code d'acte **15652** (niveau B), utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Supplément pour déplacement d'urgence

15653	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
15654	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15
15655	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25

AVIS : *Pour les codes d'acte **15653**, **15654** et **15655**, vous référer au point 6 de la section 2.2.6 D du préambule général.*

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de longue durée (P.G. 2.2.6 E))

15615	Évaluation médicale globale en soins de longue durée (P.G. 2.2.9 A)	83,10
15616	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	20,75
15617	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	41,50
15618	Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM) (P.G. 2.2.9 A)	23,78

15619 Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (P.G. 2.2.9 A) . . . 81,40
15620 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) 23,78

AVIS : *Pour le code d'acte **15620**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

15621 Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) 23,78

15622 Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement 15,85

Supplément pour déplacement d'urgence
15623 période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A) 30,15
15624 période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A) 42,15
15625 période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A) 60,25

AVIS : *Pour les codes d'acte **15623**, **15624** et **15625**, vous référer au point 9 de la section 2.2.6 E du préambule général.*

Dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour la partie des soins en toxicomanie ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas une unité de soins de courte durée ni un service d'urgence (P.G. 2.2.6 F)

AVIS : *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15631** et **15632**, inscrire **la date d'admission** en établissement (voir* Rédaction de la demande de paiement, Section 5-Établissement*).*

15626 Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A) 80,60
15627 Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A). 20,75
15628 Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A) 41,50
15629 Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A) 52,80
15630 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A) 80,60
15631 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) 23,78

AVIS : *Pour le code d'acte **15631**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

15632 Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) 23,78

Supplément pour déplacement d'urgence

15633	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
15634	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15
15635	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25

AVIS : *Pour les codes d'acte **15633**, **15634** et **15635**, vous référer au point 8 de la section 2.2.6 F du préambule général.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G)

AVIS : *Pour chacun des actes suivants, à l'exception de **08953**, inscrire **la date d'admission** en établissement (voir* Rédaction de la demande de paiement*,* Section 5 – Établissement*).*

08923	Visite de prise en charge psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	133,15
08933	Visite de suivi psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	38,80
08913	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	70,30
08942	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	31,45
08943	Visite de transfert psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	120,55
08948	Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	133,15
08953	Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (P.G. 2.2.9 A)	23,78

AVIS : *Pour le code d'acte **08953**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS*. Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement*.*

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence

08966	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
08967	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15
08968	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25

AVIS : *Pour les codes d'acte **08966**, **08967** et **08968**, vous référer au point 7 de la section 2.2.6 G du préambule général.*

Intervention clinique (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.2.6 B)

08857	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes	
	En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	57,05
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF	47,55
08858	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF CLSC (P.G. 2.2.9 A)	47,55

08859 Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes
En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 28,55
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF. 23,75

08860 Intervention clinique individuelle par période de quinze (15) minutes en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 23,75

AVIS : *Pour le code **08859** ou **08860**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS.

08866 Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes
En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 57,05
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF. 47,55

08867 Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC. 47,55

08868 Intervention clinique collective, période supplémentaires de quinze (15) minutes
En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 28,55
En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF. 23,75

08869 Intervention clinique collective, par période de quinze (15) minutes en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (P.G. 2.2.9 A) 23,75

AVIS : *Pour les codes **08868** et **08869**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS.
Vous référer également à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement *pour les actes **08866** à **08869**.*

08861 Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, par période de quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour dans le cadre d'une intervention clinique individuelle ou collective
Depuis un cabinet ou un autre domicile. 28,55
Depuis un CLSC, une UMF-CH ou une UMF-CLSC. 23,75

AVIS : *Pour le code **08861**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS.

08876 Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de la téléconsultation, par période de quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour
Depuis un cabinet ou un autre domicile 28,55
Depuis un CLSC, une UMF-CH ou une UMF-CLSC 23,75

AVIS : *Pour le code **08876**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case* UNITÉS.

\+ **Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir**
(Réf. : préambule général, règle 2.2.6 B-1)

\+ 15880 forfait pour la première période de quinze (15) minutes. 41,65

\+ 15881 forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires 41,65

\+ 15882 Supplément pour déplacement selon les dispositions du sous-paragraphe 2.2.6 B-1 du préambule général par quinze (15) minutes consécutives, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour. 41,65

\# ***AVIS :*** *Pour un déplacement de plus de dix (10) kilomètres, inscrire la durée du déplacement à compter du dixième kilomètre en utilisant le code d'acte **15882**.*
Utiliser une seule ligne en écrivant le nombre de périodes dans la case UNITÉS*, indiquer dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'établissement de pratique principal ou le code postal correspondant au lieu de pratique de départ de même que celui du lieu d'arrivée et inscrire la lettre « **A** »dans la case* C.S.
Si dépassement du maximum de six périodes pour l'aller-retour, inscrire aussi les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *ou sur le formulaire* Document complémentaire - considération spéciale *(1944).*
Se référer au sous-paragraphe 2.2.6 B-1 Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir de l'annexe V de l'entente générale.

\+ **Démarches du médecin accompagnateur pour administrer l'aide médicale à mourir**
(Réf. : préambule général, règle 2.4.0.1)

Démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments

\+ 15883 forfait pour la première période de quinze (15) minutes. 41,65

\+ 15884 forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires 41,65

Psychothérapie (individuelle ou collective)
(réf. : préambule général, règle 2.3)

Psychothérapie individuelle

08862 Psychothérapie individuelle, première période de trente (30) minutes en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC 47,55

08863 Psychothérapie individuelle par période de quinze (15) minutes supplémentaires en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC 23,75

AVIS : *Pour le code* ***08863****, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS.

Psychothérapie collective

08864 Psychothérapie collective première période de trente (30) minutes en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC . . . 47,55

AVIS : *Pour le code* ***08864****, vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

08865 Psychothérapie collective par période de quinze (15) minutes supplémentaires en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC 23,75

AVIS : *Pour le code* ***08865****, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case* UNITÉS. *Vous référer également à la section 4.2.4.2 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

\+ **Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir**
(Réf. : préambule général, règles 2.4.02, 2.4.03 et 2.4.04)

Formulaire (partie 1) (médecin accompagnateur) : Demande du patient non finalisée.
15885 150,00

Formulaire et démarches afférentes (parties 1, 2 et 3) (médecin accompagnateur). Demande du patient finalisée.
15886 250,00

Rapport de consultation (avis du second médecin).
15887 50,00

\# ***AVIS :*** *Inscrire le numéro de pratique du médecin accompagnateur dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200).*

\+ **Formulaire relatif à la sédation palliative continue**
(Réf. : préambule général, règle 2.4.05)

Formulaire d'Avis de sédation palliative continue.
15888 100,00

Constatation de décès *(réf. : préambule général, règle 2.4.1)*

00013 sans déplacement *(P.G. 2.2.9 A)* 22,30
00014 avec déplacement entre 7 h à 24 h *(P.G. 2.2.9 A)* 55,75
15234 avec déplacement de 0 h à 7 h *(P.G. 2.2.9 A)* 111,45

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

15264	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès *(P.G. 2.2.9 A)*	23,90
15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) *(P.G. 2.2.9 A)*	18,95

Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

2e constat de décès

00016	sans déplacement *(P.G. 2.2.9 A)*	22,30
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h *(P.G. 2.2.9 A)*	55,75
15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h *(P.G. 2.2.9 A)*	111,45

AVIS : - *Utiliser le modificateur **094** si un examen a été fait lors d'une séance différente de la constatation de décès.*
- *Les deux professionnels qui constatent le décès d'un donneur facturent les codes **00013**, **00014**, **15234** ou **15264**, ou **00016**, **00018** ou **15266**.*
- *Conformément à l'article 45 du* Code civil*, ces deux médecins ne participent pas au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.*

Nouveau-né en santé *(réf. : préambule général, règle 2.4.3)*

15024	soins du nouveau-né en santé montant forfaitaire par jour	45,00

Frais de kilométrage *(réf. : préambule général, règle 2.4.2)*
(voir 4.2.7 et 4.6.5 onglet Rédaction de la demande de paiement*)*

jusqu'à soixante (60) kilomètres simples à partir du point de départ énoncé à la règle 2.4.2 du P.G.

(distance dans un sens seulement), le kilomètre	0,86
au-delà de soixante (60) kilomètres	C.S.

AVIS : *Inscrire dans la case* DISTANCE *le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres. Voir la rubrique Frais de déplacement sur notre site Web, section* Facturation*.*

Le médecin rémunéré à honoraire fixe doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin *(1200) en inscrivant :*
- *la date du déplacement dans la case* DATE DE SERVICE *de la section* Actes
- *le code d'acte 00015*
- *le rôle 1*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS
- *le nombre de kilomètres diminués des 10 premiers kilomètres dans la case* DISTANCE
- *le montant demandé dans la case* HONORAIRES *adjacente à la case* DISTANCE
- *professionnel rémunéré à honoraire fixe pour visite à domicile dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Surveillance *(réf. : préambule général, règle 2.4.8)*

00080 première demi-heure : non rémunérée
par quart d'heure supplémentaire 22,05

AVIS : *Fournir les renseignements suivants :*
- *notes explicatives comprenant une description de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex. : dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);*
- *l'heure de début de la surveillance;*
- *le code du diagnostic, dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case prévue à cette fin;*
- *la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;*
- *le nombre des unités dans la case* UNITÉS*, il faut compter les unités par quart d'heure rémunérable considérant que la première période de 30 minutes n'est jamais rémunérable (voir 4.2.6 à la section 6 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement*);*
- *inscrire la lettre « **A** » dans la case* C.S.

Transfert ambulancier *(réf. : préambule général, règle 2.4.9)*

09087 première demi-heure 49,00
09246 par quart d'heure supplémentaire 24,50

AVIS : *Pour le calcul, utiliser l'honoraire doublé, soit :*
- ***09087** à 98 $ et ne rien inscrire dans la case* UNITÉS.
- ***09246** à 49 $ et inscrire dans la case* UNITÉS*, le nombre de quarts d'heure demandé, lequel doit correspondre au temps parcouru pour l'**aller** seulement, après la première demi-heure; inscrire les honoraires des quarts d'heure supplémentaires.*
- *Inscrire le code de l'établissement de départ ou le code de localité 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 toute autre gare d'embarquement.*
- *Lorsque le transport se fait à partir du cabinet ou du domicile, fournir des notes explicatives (réf. : 2.4.9.2 du préambule général).*
- *Lorsque le transfert est effectué entre 0 h et 8 h, inscrire l'heure de début du transfert de façon à permettre la comptabilisation des heures prévues à l'annexe XXI, paragraphes 1.05 a) et f).*

Forfait de déplacement *(réf. : préambule général, règle 2.4.9.3)*

Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier
19047 pour un déplacement entre 8 h et 18 h *(*)* 169,15
19048 pour un déplacement entre 18 h et 24 h *(*)* 236,75
19049 pour un déplacement entre 0 h et 8 h *(*)* 338,25

Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3)

(réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)

AVIS : *(*) Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19047, 19048 ou 19049), vous devez* ***obligatoirement*** *vous déplacer vers un établissement.* ***Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.*** *Noter également que ce forfait est* ***majorable*** *à l'annexe XII et à l'annexe XII-A.*

Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la Demande de paiement - Médecin *(1200) et y inscrire :*

- *le* NAM *de la personne transférée dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
- *l'heure de départ pour l'établissement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code d'établissement (****0XXX7, 8XXX5*** *ou* ***9XXX2****) qui requiert le déplacement.*

N.B. Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné aux ententes particulières suivantes est autorisé : Garde dans certains CLSC du réseau de garde intégré ou garde sur place CHSGS désignés.

Conseil génétique ou génique

(réf. : préambule général, règle 2.7)

dans un établissement désigné par accord des parties

AVIS : *Voir l'*Accord n^{o} 126*, dans la* Brochure n^{o} 1.

individuel

09056 par période de trente (30) minutes 53,95
maximum de trois (3) heures

collectif (couple)

09057 par période de trente (30) minutes 53,95
jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne *(**)*

Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif

individuel

09058 par demi-heure 53,95
jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne

collectif (couple)

09059 par demi-heure 53,95
jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne *(**)*

AVIS : *(**) Pour les codes* ***09057*** *et* ***09059****, inscrire le nombre de périodes dans la case* UNITÉS. *Voir 4.2.4.2, onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Éthique clinique *(réf. : préambule général, règle 2.10)*

00017 Consultation en éthique clinique 78,95
00019 Consultation en éthique clinique (70 ans et plus) 84,70

AVIS : *Voir la règle 2.1 du préambule général ainsi que l'*Accord n^{o} 172 *dans votre* Brochure n^{o} 1.

Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique.

08906 Individuelle 39,45
par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne

08909 Collective 39,05
par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne

RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

(LETTRE D'ENTENTE n^{O} 223)

98000	Évaluation – Garde préventive	139,30
98001	Évaluation psychiatrique – Garde provisoire	183,85
98002	Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde	183,85
98003	Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement / hébergement	835,75
98004	Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance	139,30
98005	Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé	234,05
98006	Évaluation psychiatrique – Responsabilité criminelle	696,50
98007	Évaluation psychiatrique – Commission d'examen	462,50
98008	Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales	462,50
98009	Évaluation psychiatrique – Demandé par la curatelle publique	462,50
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	462,50
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	462,50
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	133,75

AVIS : *Inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S. *de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance* ***ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.***

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
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

1. ATTESTATION MÉDICALE

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

09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 21,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

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

1° la date de l'accident du travail;

2° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;

4° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;

5° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

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

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission. 20,00

AVIS : *Indiquer la date de l'événement ou la date de la récidive, rechute ou aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) dans la section* Date de l'accident *de la* Demande de paiement – Médecin *(1200).*

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. 20,00

4. RAPPORT FINAL

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

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

B) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

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

1° l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

2° l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;

3° l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

Le tout tel qu'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 25,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

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

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par un 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. 90,00

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

09907	pour l'information verbale fournie	125,00

B) Considération en raison de la complexité

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

09914	. . . . .	30,00
09915	. . . . .	60,00
09916	. . . . .	90,00

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 un 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 125,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

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

09944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit. 400,00

09901 supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente . 105,00

AVIS : *Un médecin doit être autorisé par la CSST pour facturer ce service.*

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. 780,00

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

09902 supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente 105,00

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. 875,00

09980 supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente 105,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par un 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 65,00
09948 110,00
09949 165,00

11. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

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

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

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

09938	avis donné au vu du dossier	365,00
09939	avis donné après examen du travailleur	665,00
09977	supplément lorsqu'effectué en cabinet	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable, l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

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

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

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

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

09936 le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun 565,00
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

12. INDEMNITÉ

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

13. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient ou 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. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois, par un médecin, durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

09919 supplément pour la production des tests audiologiques. 85,00

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

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail.*

09970 rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 70,00

AVIS : *Inscrire comme date d'accident la date à laquelle le formulaire recommandant le retrait préventif est complété. S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.*

15. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Assignation temporaire

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

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

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

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

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

09971 rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci. 65,00

16. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

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

09942 étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin 340,00

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

17. 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 débuter. 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° 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° 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° 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

18. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et son règlement concerné.

09954 rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel 110,00

AVIS : *Un médecin doit être autorisé par les parties négociantes pour facturer ce service.*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la section* Date de l'accident.

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin en vertu de la *Loi sur la Sécurité du revenu*, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée :

1° Rapport médical

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi », le tout tel qu'édicté par la *Loi sur la Sécurité du revenu* et plus particulièrement le premier paragraphe de son article 6 et le premier paragraphe de son article 16.

09800 Pour remplir le formulaire intitulé « Rapport médical » prescrit par le Ministre **20,00**

2° Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par un médecin du ministère chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la *Loi sur la sécurité du revenu*.

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

09801 pour l'information fournie **20,00**

II. Le médecin transmet ses relevés d'honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit pour le compte du Ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

III. Ce protocole d'accord prend effet le 1er octobre 1993. Ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 1er jour de octobre 1993.

ANDRÉ BOURBEAU
Ministre
Ministère de la Main-d'oeuvre
et de la Sécurité du Revenu

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE représenté par le sous-ministre

Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. C-46)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour le service professionnel requis par un policier dans le cadre d'un prélèvement prévu à l'article 258 (1) h) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. C-46 :

Certificat du médecin qualifié

Il s'agit d'un formulaire permettant au médecin de certifier, à la suite d'une demande d'un agent de la paix :

qu'il a lui-même effectué ou qu'il a fait effectuer par un technicien qualifié, sous sa direction, les prélèvements de sang qui, à son avis, étaient nécessaires à une analyse convenable pour permettre de déterminer l'alcoolémie de la personne qu'il a identifiée;

qu'avant de procéder ou de faire procéder au prélèvement, il était d'avis que ce dernier ne mettrait pas en danger la vie ou la santé de cette personne;

qu'il a effectué ce prélèvement à telle heure et telle minute précises, tel jour de telle année, dans la province de Québec;

qu'au moment du prélèvement, il a constitué deux échantillons de sang dont l'un pour en permettre une analyse à la demande de la personne ayant subi le prélèvement, lesdits échantillons ayant été reçus directement de ladite personne dans des contenants approuvés VacutainerXF947 qui ont ensuite été scellés et identifiés par un numéro;

qu'il a effectué ou fait effectuer ce prélèvement avec le consentement de la personne concernée;

qu'à son avis, la personne concernée était incapable de donner un consentement au prélèvement de son sang à cause de son état physique ou psychologique résultant de l'absorption d'alcool, de l'accident ou de tout autre événement résultant de l'accident ou lié à celui-ci, et qu'il a pu prendre connaissance d'un mandat autorisant l'agent de la paix à exiger un tel prélèvement.

qu'aucune forme d'alcool n'a été utilisée pour nettoyer la peau; le tout tel qu'édicté par le Code criminel et plus particulièrement son article 258 (1) h) et (i) et (ii).

09820 remplir le formulaire intitulé « certificat du médecin qualifié » et effectuer, le cas échéant, le prélèvement découlant des exigences du Code criminel **40,00**

II. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Sécurité publique.

III. Le ministre de la Sécurité publique est partie à ce protocole d'accord en vertu de son mandat de coordination de l'activité policière.

IV. Ce protocole entre en vigueur le 1er septembre 1990.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 12e jour de juillet 1990.

SAM ELKAS
Ministre
Ministère de la Sécurité publique

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la *Loi sur le curateur public*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin auprès d'un patient, en vue d'un régime de protection public ou privé, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée.

09825 - Remplir le formulaire intitulé « rapport du directeur-général - évaluation médicale » ou son équivalent **25,00**

09826 - Remplir le formulaire intitulé « réévaluation médicale » ou son équivalent **25,00**

2. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Santé et des Services sociaux.

3. La rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.

4. Ce protocole d'accord entre en vigueur le 15 avril 1990 et ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 3e jour de juillet 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

INDEX

Page

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

PRÉAMBULE PARTICULIER **B1-2**

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

PRÉAMBULE PARTICULIER

Les activités de prévention s'inscrivent notamment dans le cadre des objectifs poursuivis par le *Programme national de santé publique 2015-2025*. Elles visent à faire la promotion de saines habitudes de vie, à réduire l'incidence de certaines maladies et à rendre accessibles des soins et services de qualité.

La réalisation des actes de prévention primaire ou secondaire suppose différentes actions impliquant, selon le cas, une évaluation, un dépistage, la communication de résultat, le counselling, la prise en charge, tout en assurant l'orientation de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement ou autre.

\+ Dans le cadre des activités cliniques préventives, peut être facturée spécifiquement l'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

S

L'intervention préventive relative aux ITSS a pour objet la cueillette de renseignements permettant l'évaluation du niveau de risque d'ITSS chez une personne symptomatique ou asymptomatique et les actions spécifiques de nature préventive appropriées selon le niveau de risque décelé, dont :

- le counseling pré-test,
- l'évaluation des indications de dépistage et d'immunisation,
- la détection d'ITSS par analyse de biologie médicale à des fins de dépistage et de diagnostic, le cas échéant.
- l'interprétation des résultats des analyses et l'établissement du diagnostic,
- la communication des résultats d'analyse,
- la prescription du traitement approprié et l'intervention préventive visant la notification des partenaires,
- le counseling post-test que les résultats soient positifs ou négatifs,
- l'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial.

\+ Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. Elle nécessite généralement plus d'une visite.

Remplir et acheminer à la Direction de santé publique le formulaire de déclaration obligatoire lorsque requis par la *Loi sur la santé publique* est inclus dans l'intervention préventive.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS autant à la première visite qu'au cours des visites subséquentes. Il peut la facturer seule ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. La durée de cette intervention est d'au moins quinze (15) minutes au-delà du temps consacré à l'examen s'il est indiqué.

Au cours de la même visite, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie.

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

S

15230 Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes en cabinet 29,45

en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. 23,75

NOTE : La durée de l'intervention ne comprend pas la durée de l'examen, le cas échéant.

AVIS : *Pour facturer, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire :*
- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identité usuelles;*
- *le code d'acte* ***15230*** *dans la section* Actes*;*
- *le code de localité, ou le numéro de cabinet (6XXXX ou 54XXX) ou le numéro d'établissement (****4XXX1****,* ***8XXX5*** *ou* ***9XXX2****) dans la section* Établissement;
- *le montant demandé dans la case* HONORAIRES*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS.

INDEX

Page

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

PRÉAMBULE PARTICULIER **C-2**

Allergie **C-3**
Audiométrie et examens vestibulaires **C-4**
Biopsie **C-5**
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques **C-6**
Cardiologie et angiologie **C-7**
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques. **C-11**
Électrocardiogramme **C-15**
Dermatologie. **C-17**
Électroencéphalographie **C-17**
Électromyographie **C-18**
Gastroentérologie **C-20**
Gynécologie **C-23**
Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction **C-24**
Laboratoire **C-27**
Épreuves, études et tests **C-29**
Néphrologie **C-31**
Neurochirurgie **C-32**
Ophtalmologie. **C-33**
Oto-rhino-laryngologie **C-36**
Pneumologie **C-36**
Radiologie **C-38**
Interventions per-cutanées non vasculaires. **C-40**
Injection de substance de contraste **C-42**
Radio-oncologie **C-43**
Curiethérapie **C-44**
Soins intensifs **C-45**
Urologie. **C-45**
Divers **C-47**
Traitements physiatriques **C-50**
Échographie ciblée d'urgence **C-51**

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

AVIS : - *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés* ***avec le modificateur 093 ou 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.

- *Les actes dont la nomenclature indique « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.*
- *Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs » « unilatéral ou bilatéral » ne rien inscrire dans la case* UNITÉS.

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.1 Aux fins du présent tarif, constitue un acte diagnostique ou thérapeutique tout acte médical visé au présent préambule.

1.2 Lorsqu'une entrevue avec le médecin a pour objet unique la dispensation d'un acte diagnostique ou thérapeutique, le médecin ne peut réclamer d'autre honoraire que celui prévu pour cet acte.

\+ **1.3** Tout acte diagnostique ou thérapeutique dispensé lors d'un examen, d'une visite ou d'une consultation est tarifé au taux d'honoraire prévu au présent tarif.

Toutefois, si plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique est dispensé lors d'un examen, d'une consultation ou d'une visite, le médecin reçoit le plein montant de l'honoraire payable pour l'acte le mieux rémunéré et la moitié pour chaque acte additionnel (MOD 050).

		R = 1	R = 2

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération de l'anesthésie locale, excluant le coût du produit injecté, reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

Allergie

00400	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) en cabinet seulement, lorsque faite sans examen; une seule ou plusieurs injections dans la même séance	4,90	
	Cuti-réaction (intradermo-réaction ou scarification)		
00105	par test, chacun *(*)*	1,95	
	maximum 2 fois par période de 12 mois	48,75	
00150	Scarification ou intradermoréaction aux venins d'insectes ou à un médicament		
	par test, chacun *(*)*	5,20	
	maximum semi-annuel	46,80	
00107	Transfert passif	45,70	
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation	46,90	
	Test par application (patch test)		
00110	par test *(*)*	1,55	
	maximum	38,75	
00152	Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance	15,70	
+00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	143,75	
00815	Test de provocation bronchique à l'histamine ou méthacholine ou les deux incluant la participation professionnelle au procédé et l'interprétation	54,15	
+00211	Test de provocation cutanée spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	63,85	
+00367	Test de provocation orale spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	146,90	
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant trois (3) études rhinomanométriques) incluant surveillance	109,15	
00334	Désensibilisation aux médicaments incluant tous les soins, par jour	312,55	
00161	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une (1) ou plusieurs injections par séance	14,25	
00778	Traitement immunologique de la leucémie lymphoblastique par scarification au B.C.G.	C.S.	2

AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total d'injections ou de tests dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES		
	tonale		
00160	interprétation	3,20	
00180	interprétation et technique de procédé	14,75	
	tonale et vocale		
00156	interprétation	5,30	
00747	interprétation et technique de procédé	19,60	
	tests spéciaux		
00157	interprétation	3,20	
00748	interprétation et technique de procédé	14,05	
	corticale		
00158	interprétation	13,90	
09423	interprétation et technique de procédé	55,05	
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes transtympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	107,75	5
00779	Évaluation auditive avec médicament (glycerol)	18,20	
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale	3,40	
00145	Tronc cérébral (bilatéral) (P.G. 2.9)	94,10	5
	Examens vestibulaires (bilatéral)		
00755	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard exécutés avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	18,20	
00841	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	13,00	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	18,95	
00759	épreuves optocinétiques exécutées avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	18,20	
00198	Tympanogramme (appareil automatique), uni ou bilatéral	3,85	

		R = 1	R = 2
	BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple)		
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.		
00165	anus	25,90	3
00166	aponévrose	58,60	3
00167	bouche	27,00	3
00168	bourse profonde	65,00	3
00169	bourse superficielle	30,30	3
00782	bronche, par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	41,30	
00171	clitoris	28,30	3
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,60	3
00173	conduit auditif externe	22,10	3
----	conjonctive	(Voir ophtalmologie)	
00177	endomètre (P.G. 2.4.7.7B)	19,45	3
00179	estomac (perorale)	21,30	3
00181	foie (à l'aiguille, percutanée)	50,00	3
00183	gaine tendineuse	51,05	3
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal)	39,35	3
00185	gencives	15,50	3
00186	glande de Bartholin	14,35	3
00187	glandes salivaires	34,25	3
00188	grande lèvre	14,75	3
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	62,55	3
00190	intestin grêle (perorale)	51,05	2
00192	langue	22,65	3
----	larynx	(Voir pneumologie)	
00194	lèvre	16,70	3
00195	ligament	51,25	3
00308	masse cervicale (à aiguille)	35,85	3
	moelle osseuse		
00196	aspiration seulement	20,75	2
00197	aspiration et interprétation	38,25	3
00199	Silverman (aiguille de ...), technique seulement	20,75	3
00202	muscle	55,85	3
00220	nerf périphérique	68,00	3
00203	nez	25,90	3
00204	nez, tumeur endonasale	32,85	3
----	orbite	(Voir ophtalmologie)	
00207	oreille moyenne	20,50	3
----	os (à l'aiguille)	(Voir musculo-squelettique)	
	osseuse ouverte		
----	os majeur	(Voir musculo-squelettique)	
----	os mineur	(Voir musculo-squelettique)	
00213	palais	25,00	3
----	paupières et sourcils	(Voir ophtalmologie)	
00215	peau et tissus sous-cutanés	23,45	3
00221	pharynx	23,55	3
00222	plèvre (à l'aiguille)	59,35	3
00797	plèvre ou poumon ou les deux, au trépan pneumatique	194,55	3
00226	préscalénique	85,25	3

		R = 1	R = 2
00227	prostate (à l'aiguille)	47,00	3
00223	rate (avec manométrie)	61,35	3
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	71,20	3
00231	rectum	16,50	3
00232	rein (à l'aiguille)	113,35	3
00798	sein (à l'aiguille), une (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	23,55	3
	AVIS : *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
00498	pour une (1) ou plusieurs biopsies d'une lésion distincte au même sein lors de la même séance, supplément	8,85	
00236	sinus	17,00	3
00175	synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	89,75	4
00238	tendon	48,85	3
	testicules		
00241	unilatérale ou bilatérale	53,25	3
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	70,30	3
00242	thyroïde (à l'aiguille)	31,25	3
----	transtrachéale ou transbronchique	(Voir pneumologie)	
00244	urètre (sans endoscopie)	12,20	3
00245	vagin ou vulve	23,40	3
00246	vaisseau superficiel	56,25	3

BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral		
00217	un niveau	49,50	
	chaque niveau supplémentaire	24,75	
	maximum	148,50	
00722	bloc veineux	33,75	
00255	blocage d'un nerf somatique important tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur	23,60	
+	blocage nerveux continu par injection d'anesthésique local dans un cathéter intrapleural, incluant les examens, les visites, les consultations, l'insertion du cathéter, la surveillance et les injections		
09481	pour les premières quarante-huit (48) heures	125,00	
09482	en postopératoire immédiat, pour les premières quarante-huit (48) heures	67,65	
+09483	réinjections et/ou examens et/ou visites après quarante-huit (48) heures, par jour, par patient	31,75	
00257	caudal	43,70	
00256	épidural, cervical, thoracique ou lombaire	44,35	
00258	ganglion de Gasser	61,35	
00259	ganglion sphéno-palatin	52,45	
00260	ganglion stellaire	37,20	
00261	nerf fémoro-cutané	29,90	
00262	nerf laryngé supérieur	30,60	
00719	nerf obturateur	32,35	
00263	nerf phrénique	35,75	
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	123,80	
00265	nerf sus-scapulaire	28,10	

		R = 1	R = 2
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	43,80	
00280	paravertébral de nerf somatique sous scopie seulement (thoracique, lombaire ou cervical)	31,20	
	maximum par jour	78,00	

AVIS : *Voir section 4.2.6, onglet* Rédaction de la demande de paiement*, concernant les* UNITÉS.

\+ Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance, les examens, les visites et les consultations au cours de la même journée

00292	une (1) racine	153,25	
00293	deux (2) racines ou plus	229,85	

paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire)

00268	unilatéral	29,35	
00269	plexus brachial	40,35	
00322	sinus carotidien	34,05	
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	33,15	
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	36,05	

NOTE : pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 % (MOD 052).

CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie per-cutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artério-veineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %. (MOD 016)

Angiographie veineuse

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)

veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00129	patient de deux (2) ans ou plus	27,45		3
00233	patient de moins de deux (2) ans	37,40		4

veine thoracique ou abdominale

00133	patient de deux (2) ans ou plus	52,75		3
00886	patient de moins de deux (2) ans	66,30		3

		R = 1	R = 2
	par dissection veineuse		
	veine cave supérieure ou inférieure		
00135	patient de deux (2) ans ou plus	58,95	3
00888	patient de moins de deux (2) ans	88,45	3
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
00141	patient de deux (2) ans ou plus	85,00	3
----	maximum *(*)*	212,50	
00621	patient de moins de deux (2) ans	127,60	4
----	maximum *(*)*	319,00	
	Angiographie artérielle		
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
	artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
00142	patient de deux (2) ans ou plus	31,95	3
00408	patient de moins de deux (2) ans	44,25	3
	artère sous-clavière		
00139	patient de deux (2) ans ou plus	72,55	4
00619	patient de moins de deux (2) ans	108,85	4
	artère carotide ou vertébrale		
00143	patient de deux (2) ans ou plus	81,20	4
00409	patient de moins de deux (2) ans	110,55	4
	artère thoracique ou abdominale		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00130	patient de deux (2) ans ou plus	63,80	3
00883	patient de moins de deux (2) ans	88,45	4
	aortographie translombaire		
00131	patient de deux (2) ans ou plus	81,65	4
00884	patient de moins de deux (2) ans	122,45	4
	par dissection artérielle		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00132	patient de deux (2) ans ou plus	101,50	3
00885	patient de moins de deux (2) ans	127,55	4
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coéliaque, mésentérique, bronchique) ajouter à l'aortographie non sélective		
00134	patient de deux (2) ans ou plus	27,20	
----	maximum *(*)*	108,80	
00887	patient de moins de deux (2) ans	42,45	
	maximum *(*)*	169,80	
	Coronarographie		
00294	patient de deux (2) ans ou plus	136,10	4
00488	patient de moins de deux (2) ans	204,10	4
	Angiocardiographie		
	non sélective (par voie veineuse)		
00126	patient de deux (2) ans ou plus	39,30	4
00219	patient de moins de deux (2) ans	51,05	5

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire		
00102	patient de deux (2) ans ou plus	85,00	4
----	maximum *(*)*	170,00	
00191	patient de moins de deux (2) ans.	127,60	5
----	maximum *(*)*	255,20	
	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires :		
	avec coronarographie		
00103	patient de deux (2) ans ou plus	170,05	3
00193	patient de moins de deux (2) ans.	255,10	4
	sans coronarographie		
00104	patient de deux (2) ans ou plus	113,35	3
00218	patient de moins de deux (2) ans.	170,05	4
	Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie		
	Supplément à la technique d'angiographie effectuée peu importe le nombre		
00144	patient de deux (2) ans ou plus	13,60	
00420	patient de moins de deux (2) ans.	20,40	
	L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque, lorsque réalisé au cours de la même séance ou le même jour.		
09301	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée, incluant le cathétérisme cardiaque avant et après la dilatation fait durant la même séance	582,95	5
09302	dilatation de chacune des artères supplémentaires. . . .	119,05	
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (P.G. 2.9)	538,50	7
09361	dilatation additionnelle, supplément	119,05	
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	566,90	11
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind) . .	176,90	9
	Dans les cas d'angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique, ou d'une oblitération d'un canal artériel perméable, la prestation inclut les études hémodynamiques si elles ont été effectuées au cours des douze mois précédents, sauf le même jour.		
00597	Ponction péricardique.	46,50	3
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments)	140,20	4
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	19,60	

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
00489	Cardioversion électrique avec ou sans défibrillation, lors de la même séance, une (1), par séance	80,30	3
	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque permanent		
00251	patient de deux (2) ans ou plus	136,10	4
00469	patient de moins de deux (2) ans.	204,10	3
+	La réanimation est effectuée dans un cas d'arrêt cardiaque ou de situation grave et complexe où l'instabilité clinique du patient nécessite un traitement immédiat (choc hémodynamique, coma, insuffisance cardio-respiratoire sévère, convulsions actives) incluant l'examen, la visite et tout autre service médical dispensé durant la manoeuvre, par le médecin. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes.		
	Réanimation		
00828	premier quart d'heure (P.G. 2.4.7.3 C).	108,25	
00829	chaque quart d'heure supplémentaire (P.G. 2.4.7.3 C). .	27,00	
	AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case* UNITÉS. *Lorsque six unités et plus sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *ou sur un document complémentaire et inscrire un « **A** » dans la case* C.S.		
	Réanimation du nouveau-né à la naissance		
00823	sans intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	28,30	
00824	avec intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	56,60	
	Soins à l'unité coronarienne :		
00717	incluant un premier examen et l'interprétation de bandes de rythme pour les six (6) premiers jours par jour, par patient	39,20	
	AVIS : *Inscrire la date d'entrée du patient à l'unité coronarienne et le code d'établissement : (0XXX6) correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec : (0XXX9)*		
	Électrophysiologie NOTE : Un maximum de 870 $ au 1er janvier 2012 et de 907 $ au 1er juin 2013 par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».		
	AVIS : *Le maximum de **907 $** vise la combinaison d'actes **00170, 00248, 00176, 00291, 09422, 00323, 09471, 00564, 09345** effectués le même jour.*		
00170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (P.G.2.9).	153,10	3

		R = 1	R = 2
+00248	ablation du nœud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément . .	113,35	4
+00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (P.G.2.9)	490,90	5
+00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	226,80	4
+09422	avec mapping gauche, supplément	113,35	4
+00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	128,85	4
+09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément. . . . NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323	226,80	4

NOTE : Les services médicaux codés 00170 et 00176 ne peuvent être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du cœur.

+00564	Test de la table basculante pour syncope vasomotrice, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire.	147,25	

NOTE : La durée habituelle de ce test est d'une heure et demie et la présence continuelle du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé. Ce procédé ne peut être fait que dans un établissement.

AVIS : *Inscrire le diagnostic ou le code de diagnostic requis dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+09345	Cartographie cardiaque peropératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	425,20	

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.

		R = 1	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 patient de moins de deux (2) ans. Les actes hémodynamiques d'une durée de deux heures et demie (2 ½ h) ou plus donnent droit à un supplément auquel s'ajoute un montant pour chaque période additionnelle complète de quinze (15) minutes. Ces suppléments de durée ne peuvent excéder une durée totale de trois heures et quart (3 ¼ h).		
+00566	deux heures et demie (2 1/2 h) ou plus, supplément. . . .	36,75	
+00567	période de quinze (15) minutes additionnelles	36,75	
+	maximum.	147,00	
	AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case* UNITÉS*, l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *pour le code* ***00566*** *ou* ***00567***.		
+00300	Un maximum d'honoraires est payable pour l'ensemble des services médicaux de la sous-rubrique « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques » y comprise l'angiologie, faits durant la même séance pour un patient âgé de deux (2) ans ou plus. Maximum d'honoraires	317,80	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.		
+00310	Les actes hémodynamiques effectués chez un patient de moins de deux (2) ans sont rémunérés à 125 % du tarif prévu jusqu'à un maximum d'honoraires. Maximum d'honoraires	397,25	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément du durée ci-dessus, le cas échéant.		
	AVIS : - *Pour les actes* **00300** *et* **00310** *inscrire dans la description des services 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.*		
+00617	Cathétérisme aortique (P.G. 2.9)	58,95	3
+00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (P.G. 2.9)	122,50	3
+00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (P.G. 2.9)	120,30	3
+09492	voie d'approche transseptale, supplément	125,00	1
+09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	113,35	1

		R = 1	R = 2
00525	Cathétérisme des veines caves, rénales et/ou sushépatiques pour enregistrement de pression et/ou prélèvement (P.G. 2.9)	67,75	
00530	Cathéter, électrode de stimulation cardiaque temporaire (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	99,05	3
00535	Épreuve d'entraînement sélectif du coeur incluant l'électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	56,25	
00540	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément (P.G. 2.9)	31,05	
00545	Électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	29,80	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque unifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
00685	patient de deux (2) ans ou plus	13,85	
00690	patient de moins de deux (2) ans	17,40	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque bifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
00693	patient de deux (2) ans ou plus	71,65	
00705	patient de moins de deux (2) ans	90,15	
00313	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électro-cardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	62,55	4
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes		
00550	veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément (P.G. 2.9)	30,65	
00560	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le coeur droit, supplément (P.G. 2.9)	29,95	
00565	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (P.G. 2.9)	31,25	
00570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) (P.G. 2.9)	74,10	
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (P.G. 2.9)	236,00	4
00301	Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement	51,25	3
	Cathétérisme artère ombilicale		
00306	Mise en place du cathéter incluant la dissection	33,70	2
00307	Mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement (incluant la dissection)	95,25	3
00487	Cathéter pour mesure de la tension veineuse centrale, (ne peut être réclamé au cours d'un cathétérisme cardiaque) (P.A.R. 3.02)	20,15	
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter		
00336	artérielle (périphérique)	44,30	3
00337	veineuse	44,35	3
	Insertion percutanée d'un cathéter de dix (10) cm ou plus pour infusion intraveineuse prolongée (sauf si effectuée à l'occasion d'une intervention chirurgicale)		
00492	patient de quatre (4) ans ou plus	13,65	
00680	patient de moins de quatre (4) ans	19,45	
00557	Insertion percutanée d'un cathéter flexible pour infusion intraveineuse prolongée chez un enfant de moins de deux (2) ans	9,60	

		R = 1	R = 2
	Cathétérismes veineux		
	NOTE : Lorsque le médecin installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf pour le médecin anesthésiste au cours d'une chirurgie. Dans ce cas, il doit utiliser le code d'acte correspondant au supplément P.A.R. 3.02 concerné (unités de base en rôle 2). Lorsqu'un médecin installe un cathéter et que le patient nécessite une anesthésie par un médecin anesthésiste, celui-ci est rémunéré selon la valeur de base et de durée en rôle 2 du même code d'acte.		
00695	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire	27,60	
+ 00669	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique.	48,45	
+	NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.		
#	***AVIS :*** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis d'assignation pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Le formulaire* Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique - Services de laboratoire en établissement *(n^{o} 3051) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire. Il est disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca dans la section* Formulaires.		
09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz.	142,10	
00987	supplément (P.A.R. 3.02)		9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
09305	patient de moins de 16 ans	71,25	3*
00993	supplément (P.A.R. 3.02)		5
09306	patient de 16 ans ou plus	41,50	3*
00994	supplément (P.A.R. 3.02)		3
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste.	66,75	3*
00995	supplément (P.A.R. 3.02)		5
09308	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant	181,45	
09309	si reprise de la technique en deçà de trente jours, supplément	30,65	
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant	110,70	

(*) Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (= +D)*

		R = 1	R = 2
09328	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique	99,45	
00996	supplément (P.A.R. 3.02)		7
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	46,20	
	Électrocardiogramme		
	en cabinet		
00340	interprétation	1,90	
00341	technique et interprétation	4,90	
00342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)	4,90	
00339	épreuve d'effort submaximal et maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)	50,30	
00344	à domicile	22,05	
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par le médecin.		
	par heure, par patient	5,40	
	Maximum quinze (15) patients		
	AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire dans la case* UNITÉS **le nombre de personnes sous observation** *au cours de cette session et dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **en plus du NAM** *des personnes assurées, (voir section 4.2.4.2, sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement*) inscrire* **l'heure de début et de fin de la session**		
00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de vingt-quatre (24) heures, interprétation	9,60	
	NOTE : ne peut être facturé pour des patients hospitalisés		

Électrocardiogramme en établissement

Un médecin qui, dans un établissement détient un statut et des privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes a droit d'être rémunéré pour les interprétations qu'il effectue lui-même aux conditions suivantes :

1. La rémunération pour l'interprétation d'un électrocardiogramme inclut l'enregistrement du tracé, le cas échéant, la lecture du tracé enregistré sur document permanent, la rédaction et la signature du rapport, sa communication et son intégration au dossier.

		R = 1	R = 2

2. La rémunération pour un électrocardiogramme comprend l'interprétation d'un nombre suffisant de tracés pour poser un diagnostic.

AVIS : - *Pour l'interprétation d'un électrocardiogramme en établissement, le professionnel doit détenir des privilèges à cet égard. L'attestation de ces privilèges doit être confirmée à la Régie par le formulaire* Avis d'assignation - Octroi de privilèges *(n° 3051).*
- *Pour réclamer les actes* ***30010*** *à* ***30130*** *utiliser la* Demande de paiement *(n° 1606). (voir l'onglet* Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement *du manuel des* **SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT).**

30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,90	
30060	Épreuve d'effort sub-maximal et maximal incluant l'électrocardiogramme au repos exécuté au moyen d'un tapis roulant et/ou d'une bicyclette ergométrique avec monitoring continu de l'électrocardiogramme (surveillance et interprétation)	36,05	
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicardique.	5,70	
30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,75	
30130	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 30060 le même jour chez le même patient)	68,00	
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps différé)		
	interprétation seulement		
00756	une bande de douze (12) heures	9,00	
	visualisation, enregistrement, interprétation		
00757	une bande de douze (12) heures, (pour les deux premières bandes), chacune	33,75	
00758	les bandes de douze (12) heures subséquentes et consécutives, chacune	16,30	
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps réel), par vingt-quatre (24) heures		
00630	technique et interprétation	40,60	
	Mesure du débit cardiaque par thermodilution		
00846	par mesure	20,30	
	maximum par patient par jour, quatre (4) mesures		
	NOTE : ce service médical est inclus dans la valeur de base au cours d'une anesthésie.		
00182	Intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux prévus au préambule particulier d'anesthésie réanimation	28,10	

		R = 1	R = 2
	Exsanguino-transfusion (patient de plus de seize (16) ans) méthode iso-volumétrique		
+ 00712	initiale, incluant l'examen, la visite et la consultation . . .	195,30	
00713	subséquente	130,25	
00714	multiple	C.S.	
	AVIS : *Voir 1.1.2 de la règle 1 du préambule général.*		
00715	Leucophérèse	164,35	
00406	Plaquettophérèse	156,25	
00647	Transfusion directe, exsanguino-transfusion (chacune) . .	141,70	
	Pacemaker		
00146	installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur . .	27,00	

DERMATOLOGIE

	Chimiothérapie		
----	lésion cutanée (une (1) ou plusieurs) *(annexe I, préambule général)*		
----	intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale, intraveineuse	(Voir hyperalimentation, injection...)	
	- Cryothérapie d'une lésion *(annexe I du préambule général)*		
00425	Infiltration intralésionnelle (une (1) ou plusieurs lésions) .	1,35	
00468	Injection de substance sclérosante, intralésionnelle (dermatologie) une (1) ou plusieurs	7,55	
00830	Photochimiothérapie	19,40	
00821	Traitement de Goekerman	5,80	
00328	Traitement de l'acné par chirurgie et/ou cryothérapie et/ou thérapie physique (excluant le Laser) y compris l'extraction de comédons, un (1) ou plusieurs traitements par séance	1,35	

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du patient.

2. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

3. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à huit (8) canaux et un tracé enregistré avec un minimum de dix-sept (17) électrodes comprenant cinq (5) à huit (8) montages différents ou à partir d'un appareil à seize (16) canaux avec quatre (4) à six (6) montages différents et, dans l'un ou l'autre cas, une (1) ou deux (2) activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

		R = 1	R = 2
00347	Électroencéphalogramme de base	35,40	
	Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base		
	À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter		
00735	Étude avec électrodes pharyngées	3,95	
00736	Étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	15,05	
	Corticographie		
00889	un (1) médecin	383,10	
09421	deux (2) médecins, chacun	170,05	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation mineure périphérique		
00333	première heure	56,70	
	chaque heure supplémentaire	22,65	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total d'heures dans la case* UNITÉS.

NOTE : les codes 00145 et 00509 effectués dans la même séance que 00333 ne sont pas sujets à l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».

00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	170,05	
00117	Mesures sériées de la latence d'endormissement Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme, au cours d'un minimum de quatre (4) séances distinctes, d'une durée maximale de vingt (20) minutes chacune, réparties sur une période de huit (8) heures, par patient	112,55	

ÉLECTROMYOGRAPHIE

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

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

		R = 1	R = 2

3. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

4. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.

5. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice, ces potentiels étant mesurés sur document photographique.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.

6. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un (1) ou deux (2) nerfs.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon.

7. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contrelatérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude. Cette analyse doit être effectuée sur document photographique.

+ 00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de sept (7) muscles	44,30	
+ 09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins vingt (20) paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	79,40	
+ 09412	Électromyographie extensive, sept (7) muscles et plus .	65,05	

		R = 1	R = 2
+00357	Étude de la conduction nerveuse	10,40	
+	chaque type, chaque nerf supplémentaire, supplément. NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».	10,40	
+00358	Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites.		
	Stimulation avec un thermode	22,65	
+00378	Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites.		
	Stimulation avec un vibromètre mécanique	15,40	
+00386	Réponses cutanées sympatiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	9,80	
+00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une étude de documents photographiques, une analyse avant et après tétanisation ou exercice	58,95	
+00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal (en établissement seulement)	31,35	
+09409	Test au curare, régional, supplément (en établissement seulement)	34,05	
+00363	Réflexe H ou onde F - chacun	7,45	
	AVIS : *Voir 4.2.6, onglet* Rédaction de la demande de paiement*, concernant les unités.*		
+00366	Réflexes trigémino-faciaux	31,35	
+00355	E.M.G. quantitatif incluant documents photographiques et analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	60,15	
+00359	Étude électromyographique chez tout enfant de moins de douze (12) ans, supplément (en établissement seulement)	20,40	

GASTROENTÉROLOGIE

Aspiration

+00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	13,20	
+00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	20,30	
+00410	Extraction de fécalome volumineux	44,15	3
+00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	58,95	

		R = 1	R = 2
	Endoscopie gastro-entérologique		
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois		
00691	diagnostique	67,65	3
00874	avec dilatation (sténose) et/ou extraction de corps étrangers et/ou exérèse d'un ou plusieurs polypes et/ou fulguration de lésions de la muqueuse, et injection de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie, supplément	47,05	1
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément	20,30	1
09486	avec coagulation de lésion hémorragique, une ou plusieurs, supplément	61,35	
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une (1) ou plusieurs, supplément	122,75	1
09373	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, supplément	65,80	1
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	19,70	
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	58,95	2
09374	Cholédochoscopie trans-fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	130,40	3
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophagogastroscopie	175,85	4
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	82,50	
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion trans-endoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique	267,45	3
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	94,00	1
	NOTE : La coloscopie inclut la recto-sigmoïdoscopie.		
	Coloscopie avec coloscope long (plus de soixante-dix (70) cm) :		
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie	135,30	3
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie	115,05	3
00703	coloscopie du côlon descendant	74,45	3
	Coloscopie avec coloscope court (soixante-dix (70) cm ou moins)		
00863	coloscopie avec coloscope court	44,70	
00749	Exérèse de polype (un (1) ou (2) deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	54,15	
	chaque polype supplémentaire	13,45	
	maximum pour l'ensemble des polypes excisés	134,85	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	19,60	
09488	Coagulation de lésion hémorragique au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	62,55	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse au cours d'une coloscopie, une (1) ou plusieurs, supplément	113,35	2
00122	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonet, et/ou mise en place perendoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	46,90	3
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de trente (30) cm ou moins)		
00635	sans manipulation	19,20	3
00636	avec biopsie unique ou multiple	27,10	3
00706	avec exérèse de polypes (un (1) ou (2) deux) incluant la biopsie	65,10	3
	chaque polype supplémentaire	10,85	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	141,05	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case* UNITÉS.		
	Oesophage		
00620	dilatation de l'oesophage avec dilatateurs guidés rigides, sur un fil d'acier ou une corde incluant fluoroscopie NOTE : Ce code ne peut être réclamé le même jour que le code 00691 ou qu'un de ses suppléments.	106,20	4
00569	études de la motilité de l'oesophage	67,65	
	monitoring ambulatoire de vingt-quatre (24) heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur		
00701	technique	13,45	
00702	interprétation	20,30	
09338	pHmétrie oesophagienne de vingt-quatre (24) heures, surveillance et interprétation, non informatisée	94,30	
00572	pH et motilité de l'oesophage (combiné)	80,60	
09339	test à l'ergonovine, supplément à 00569 ou 00572	30,65	
09340	test au betanechol, supplément à 00569 ou 00572	30,65	
00571	pH oesophagien pour reflux	26,80	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,05	
00562	bougirage	28,45	3
00563	cardio-myorrhexie	83,05	4
00573	tamponnage oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore)	27,10	3
00574	supervision par jour	12,00	
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non informatisée	294,90	
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	63,85	

		R = 1	R = 2
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale trans-cutanée	65,00	
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées		
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	58,95	
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	58,95	
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	141,45	
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	90,70	
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	117,90	
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	56,70	
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	63,85	
	Soins médicaux prodigués par un médecin dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient. Honoraire global incluant actes diagnostiques et/ou thérapeutiques y afférents		
09377	premier jour (journée de la greffe)	396,85	
09378	deuxième au cinquième jour (par jour)	283,50	
09379	sixième au dixième jour (par jour)	113,35	
09380	onzième au quinzième jour (par jour)	85,05	
09381	premier au quinzième jour inclus (honoraire global)	2 522,75	
----	Laparoscopie	(Voir onglet appareil digestif)	
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	18,30	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	21,10	

GYNÉCOLOGIE

00109	Amnioscopie	18,45	
00401	Examen gynécologique sous anesthésie générale, sauf si effectué au cours de la même séance opératoire qu'un acte de chirurgie gynécologique	25,90	2
20025	Extraction de stérilet, acte compliqué (P.G. 2.4.7.7 A)	C.S.	3
	AVIS : *C.S. : Voir la règle 1.1.2 du préambule général.*		
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	96,25	3
00466	Hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	28,30	
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé		
00490	Insémination artificielle	19,70	
00205	Insertion de stérilet incluant l'examen, la visite ou la consultation effectué antérieurement ou concurremment à cet égard (P.G. 2.4.7.7 A)	53,50	

		R = 1	R = 2
	HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION		
	Hyperalimentation		
00844	hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	147,20	
09331	installation de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	139,55	4
00845	révision de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	76,45	4
09332	exérèse de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	62,35	3
	Injection		
	injection intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale ou autre d'agent chimiothérapeutique incluant, s'il y a lieu, évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique		
00583	première injection	41,10	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	22,95	
00734	intraveineuse (injection d'une (1) ou plusieurs substances antinéoplasiques)	26,90	
	injection de médicament dans		
	articulation temporo-mandibulaire		
00201	médication intra-articulaire incluant la substance	13,20	
00228	médication sclérosante incluant la substance	61,15	
00431	bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum trois (3))	15,80	
	AVIS : *Utiliser une ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case* UNITÉS.		
00430	capsules, gaines, tendons, ligaments ou fascia	15,95	
00429	cornets du nez	17,15	3
00432	trachée et bronches (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) par intubation trachéo-bronchique	40,10	
09487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	29,45	3
00485	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme	156,45	3
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial	88,50	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée	70,80	4
00473	injection intra-artérielle thérapeutique (vasodilatateur)	20,45	
00474	injection intradermique, sous-cutanée et intramusculaire pour fins de prévention et de traitement, inoculation, vaccination, etc., en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	2,20	

			R = 1	R = 2
+		Évaluation d'un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse, à l'exclusion d'un groupe identifiable, aux fins d'administration du vaccin par voie intramusculaire ou intranasale entre le 16 octobre 2016 et le 30 août 2017.		
	20021	en cabinet	11,50	
	20022	pour chaque patient supplémentaire à compter du 201e le même jour	5,75	
	20023	en établissement	8,65	
	20024	pour chaque patient supplémentaire à compter du 201e le même jour Note : Dans les situations visées, cette rémunération s'applique à l'exclusion de toute autre rémunération, y compris un éventuel supplément à titre de clientèle vulnérable.	4,30	
	00477	injection intraveineuse, enfant jusqu'à quatre (4) ans, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	5,25	
	00478	injection intraveineuse, enfant de quatre (4) ans ou plus, adulte, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	3,70	
	00479	injection intraveineuse : cuir chevelu, en cabinet ou à domicile	12,35	
	00480	injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol, la rémunération est doublée (MOD 052)	20,20	3
		injection de substance de contraste incluant les tests de sensibilité à la substance injectée		
	00816	cavernographie	14,00	
	----	dacryocystographie	(Voir ophtalmologie)	
	00443	hystéro-salpingographie	40,75	3
	00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	26,35	
	09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	25,00	
	00452	sinusographie (neurologie, neuro-chirurgie)	128,00	
	00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	50,10	3
	00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	115,15	7
	00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	66,10	7
		injection de substance sclérosante (seul le médecin peut injecter la substance sclérosante)		
	00464	dans veine hémorroïdaire (une (1) ou plusieurs injections)	12,95	
		dans veine variqueuse des membres inférieurs, en établissement		
	00527	injection pour sclérose de la crosse de la saphène interne	29,50	
	00528	saphène externe	20,85	
	00529	autres injections : une (1) ou deux (2), total	8,05	
	----	injection au-delà de la deuxième *(maximum douze (12))*	2,15	

AVIS : *Utiliser une ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	NOTE : les télangiectasies, les pinceaux artério-veineux et les varicosités ne sont pas considérés comme des veines variqueuses.		
----	Injection rétrobulbaire thérapeutique	(Voir ophtalmologie)	
----	Injection sous-conjonctivale	(Voir ophtalmologie)	
	Insufflation gazeuse		
00497	pneumomédiastin	20,30	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	12,35	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	31,10	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce	20,00	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation	13,40	
	pneumothorax, traitement		
00615	ponction évacuatrice	30,90	
00616	aiguille et drainage continu	61,65	
	Perfusion régionale		
00295	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier type infusaid ou Port-a-Cath	169,15	4
00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	77,10	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
	À la demande d'un coroner, chez le patient décédé		
20026	prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical, le cas échéant, toutes techniques	30,00	
20027	prélèvement de sang dans la veine cave, unique ou multiple, tout site de ponction	48,15	

NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027.

AVIS : *Inscrire le nom ou le numéro du coroner investigateur dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *Lorsque l'identification de la personne décédée ne peut être effectuée (pas de carte d'assurance maladie) ou que celle-ci est non admissible au régime, inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S.

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section Identité de la personne assurée *les coordonnées suivantes :*

- *Nom de famille : **DO***
- *Prénom : **Jean** ou **Jeanne***
- *Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; l'année, le mois de janvier et le premier jour du mois, soit **AA0101***
- *Sexe : **M** ou **F***

		R = 1	R = 2
00582	abdominale pour fin diagnostique ou évacuation d'ascite	13,40	3
00683	artérielle pour prélèvement sanguin (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	13,80	
00684	artérielle et mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	27,85	
	NOTE : l'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut les ponctions de sang artériel dans le cathéter.		
00254	drainage de la bourse séreuse ou articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (P.G. 2.4.7.7 B)	18,15	2
	AVIS : *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
09402	recherche de cristaux	13,70	
00588	cisternale	31,75	
	drainage thérapeutique incluant prélèvement diagnostique		
00590	premier	29,80	2
00589	subséquent	14,55	
00592	ganglion, un (1) ou plusieurs	16,45	
00594	kyste mammaire	21,75	
00584	kyste thyroïdien	45,20	2
00596	lombaire avec ou sans épreuve manométrique (P.G. 2.9).	58,95	3
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	165,35	
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise	48,10	
00598	périnéale et insufflation gazeuse	32,70	
09418	pleurale	41,35	3
00591	réinfusion d'ascite i.v.	32,40	
00604	saignée	14,15	
00605	splénique (aspiration et manométrie)	63,60	3
---	transsclérale	(Voir ophtalmologie)	
00751	veine fémorale ou jugulaire (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	20,90	
00608	veineuse : patient de moins de quatre (4) ans	5,65	
00609	veineuse : patient de quatre (4) ans ou plus, au cabinet seulement	3,70	
00610	veineuse : cuir chevelu	13,40	
00611	vessie (P.G. 2.9)	15,15	
00875	ponction et lavage péritonéal par insertion d'un cathéter	39,60	

LABORATOIRE

Analyse de laboratoire en cabinet ou à domicile :

00111	Analyse d'urine avec microscopie	2,55	
00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation	10,15	
00113	Glycémie (par méthode biochimique quantitative incluant le prélèvement)	3,20	
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)	1,95	

		R = 7	R = 8

Épreuves de fonction respiratoire

Rôle = 7

La tarification du rôle 7 a trait aux honoraires se rapportant à la composante professionnelle du médecin qui permet d'établir la valeur de la participation professionnelle à l'épreuve, ce qui comporte la vérification des techniques et des résultats, aussi bien que la participation directe à certaines épreuves plus complexes.

Ces honoraires comprennent l'interprétation.

OU

Rôle = 8

La tarification du rôle 8 a trait aux épreuves dont le médecin donne l'interprétation.

L'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques » ne s'applique pas aux épreuves de fonction respiratoire.

AVIS : *Le modificateur 050 ne s'applique pas aux actes d'épreuves de fonction respiratoire.*

Débits

Débits expiratoires forcés

NOTE : les débits expiratoires forcés incluent, le cas échéant, la courbe débit-volume. Pour donner droit au paiement tous ces tests doivent être effectués à l'aide d'un vitalographe et leur interprétation doit être consignée au dossier.

volume expiratoire maximal seconde, capacité vitale forcée, débit maximal médian 25-75

00384	avant bronchodilatateur, en cabinet seulement	8,25	5,15
00382	après bronchodilatateur, en cabinet seulement.	8,90	5,00

		R =1	R = 2
	ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation)		
00119	Acidification urinaire, en établissement	18,45	
00128	Détermination de la filtration glomérulaire par « clearance » à l'insuline (incluant technique et interprétation), en établissement	61,35	
	Épreuve à (au)		
00805	amytal carotidien, unilatérale	69,15	
00806	angiotensine	13,55	
00369	bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	23,75	
00842	bromocryptine	11,00	
09325	clonidine	42,45	
00704	dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	81,15	
00843	ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	72,20	
00395	fluorescéine (intestins)	23,75	
00808	héparine (PHLA)	25,00	
00660	histamine	15,60	
00397	insuline (Hollander)	20,05	
00762	morphine et prostigmine	19,30	
00396	sécrétine (intestins)	25,80	
00394	tensilon (incluant l'injection)	19,20	
	Épreuve de		
+09320	concentration urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation	58,70	
+	dilution urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation		
09321	sans mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	55,40	
09322	avec mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	107,75	
+09323	dépistage clinique de phéochromocytome comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale, l'interprétation des résultats et l'injection lorsque nécessaire des substances pharmacologiques (ex. phentolamine, glucagon, métoclopramide, etc.)	55,40	
+00415	traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les examens et les visites au cours de l'épreuve	88,50	
00368	exercice ischémique	1,15	
00423	Huhner	17,65	
	Kveim (sarcoïdose)		
00687	sans biopsie	2,40	
00688	avec biopsie	17,45	
09319	Miller et Zurzov	12,50	
00810	Pak	14,05	
00393	provocation biliaire à la cholécystokinine	5,70	
00661	réabsorption phosphatique	15,40	
00398	stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	22,65	

		R =1	R = 2
00761	tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.) ou intraveineuse	12,25	
00807	épreuve cétogène, épreuves au glucagon et hypoglycémie cétogène comprises	22,65	
09326	épreuve dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	231,20	3
	Étude du		
00666	taux de sécrétion d'aldostérone	11,55	
00667	taux de sécrétion de COF	11,00	
09372	Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode	33,75	
	Test		
09417	à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	17,65	
+ 09324	au captopril pour la recherche de l'hypertension reno-vasculaire, comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale et l'interprétation	33,75	
+ 09354	d'infusion de sulfate de sodium, incluant les examens, les visites et les consultations	51,05	
+ 00711	de stimulation endorphinique incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	130,25	
00831	de stimulation à l'EDTA	21,15	
00348	respiratoire à hydrogène	18,60	
	Épreuves, études et tests endocrinologiques effectués par un médecin, autres que ceux déjà énumérés		
09371	Épreuve dynamique avec mesures hormonales	41,45	
+ 00121	Mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les examens, les visites et les consultations des premières quarante-huit (48) heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	130,20	3
	Examen		
00402	microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal Note : ne peut être réclamé en même temps que le code 00404	6,85	
00403	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc. incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)	13,00	
00404	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'un ou l'autre de l'examen microscopique à l'état frais et après coloration ou la culture, par site (cabinet seulement)	6,50	

		R =1	R = 2

NÉPHROLOGIE

Dialyse

Dialyses péritonéales

Techniques chirurgicales

+00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	39,20	3
+00311	installation ou exérèse de cathéter type Tenckhoff ou d'Oreopoulos	137,90	3

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

Visites pour le traitement pour dialyse péritonéale, incluant tous les soins, par patient

+00283	pour les premières quarante-huit (48) heures	355,90	
+00284	après quarante-huit (48) heures, par jour	34,95	

NOTE : les honoraires pour les premières quarante-huit (48) heures ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par dialyse péritonéale

Visites pour le contrôle du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique

+00285	patient de plus de seize (16) ans	187,60	
+00286	patient de seize (16) ans ou moins	374,95	

Visites pour le traitement par hémodialyse, incluant tous les soins, par patient

+00287	première	355,90	
	subséquente		
+00288	patient de plus de seize (16) ans	37,90	
+00289	patient de seize (16) ans ou moins	73,70	

NOTE : les honoraires pour la première hémodialyse ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

+00290	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique, par patient	170,05	

		R =1	R = 2
+00147	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse en centre satellite comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant ou après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie, la surveillance hebdomadaire d'une dialyse et le contrôle à distance des traitements, par mois, par patient	283,50	
	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf le premier examen et l'insertion du cathéter.		
+09382	trois (3) premiers jours, par patient, par jour	133,00	
+09383	après trois (3) jours, par patient, par jour	54,15	
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation		
+09426	premier jour	187,60	
+09427	deuxième jour	85,05	
+09428	troisième jour	85,05	
+09429	par jour subséquent	39,65	
	AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*		
+00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur	88,50	
+00699	Thérapie immunosuppressive pour transplantation rénale, traitement complet pré et postopératoire	552,35	
+00419	Installation de canules artérielles et veineuses	228,50	4
	Révision ou réinstallation de canules		
+00426	canule artérielle ou veineuse	78,55	4
+00427	canule artérielle et veineuse	104,95	4
+00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extra-rénale, par voie transcutanée, tout site	40,65	3
+00428	Déblocage de canule artérielle ou veineuse par une sonde (thrombectomie) lorsque le déblocage de canule est suivi d'un remplacement de canule, l'honoraire prévu pour le déblocage est inclus dans celui du remplacement	78,55	3
+09330	Exérèse de canules artérielle et veineuse	98,50	3
	Mesure de Tm (glucose, phosphates, bicarbonates		
+00618	service professionnel (incluant surveillance, interprétation et rapport écrit)	62,55	

NEUROCHIRURGIE

	Drainage		
+00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) P.A.R. 3.02	173,30	
+00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	183,65	5
+00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	281,25	11

		R =1	R = 2
+00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	198,80	5
	Ponction sous-durale		
+00664	unilatérale	48,70	
+00665	bilatérale	70,30	
+00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	26,30	5
+00668	Trépanation simple	121,75	7

OPHTALMOLOGIE

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

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

	Bétathérapie		
+00531	(premier traitement) unilatérale	23,75	
+00532	(traitements subséquents) unilatérale	14,15	
	Champ visuel		
+00533	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)	17,15	
+00534	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques	27,00	
	Périmétrie statique		
+00538	courbe statique uni ou bilatérale, plusieurs méridiens enregistrés sur documents permanents (excluant la technique de dépistage d'Armaly-Drance dite des soixante-douze (72) points) NOTE : si la périmétrie statique et le champ visuel sont effectués chez le même patient, le médecin a alors droit à la rémunération d'un seul de ces actes.	46,30	

		R =1	R = 2
+00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	35,20	
+00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	35,20	
+00509	Potentiels évoqués visuels	40,45	
+00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétino-photographie	37,00	
+00539	Étude de la vision des couleurs (technique extensive, v.g. Farnsworth - Munsell)	28,10	
+00541	Examen complémentaire d'un demi-voyant (cet examen doit inclure les enregistrements de l'acuité visuelle à l'aide de boîtes d'aides visuelles du type microscopique et télémicroscopique)	45,40	
	Examen au phosphore radioactif		
+00655	approche antérieure	38,90	
+00659	approche postérieure	152,80	
+00556	Biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)	22,85	
+00543	Gonioscopie	12,25	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.		
+00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation	12,75	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.		
+00544	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale	71,95	3
+00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	23,40	
+09424	Bilan orthoptique avec enregistrement des mesures sur document permanent, excluant les traitements	17,20	
	NOTE : la recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et P.P.C. sont inclus dans le tarif de l'examen.		
+00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	25,95	
+00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	26,70	
+00553	Rétinophotographie	17,45	
	Microscopie spéculaire		
+00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	11,35	

		R =1	R = 2
00555	Étude du fond de l'oeil avec dessin détaillé et enregistrement sur document permanent 8 1/2" x 11" (v.g. schéma de Shepens format 8 1/2" x 11")	37,75	
+00819	Courbe de tension oculaire, incluant les examens, les visites et tonométries répétés (minimum quatre (4))	30,85	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (quarante-cinq (45) à soixante (60) minutes)	13,70	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	19,75	
09336	Tests aux collyres instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie.	9,55	
00860	Funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées sous anesthésie générale, chez le patient de seize (16) ans ou moins, non suivies d'un acte chirurgical le même jour	70,80	4
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	32,40	3
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale.	29,75	3
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, une ou plusieurs	71,45	3
	Biopsie (unique ou multiple) Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.		
00174	conjonctive.	17,15	3
00206	orbite	78,60	3
00214	paupières ou sourcils	28,40	3
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)		
00436	dacryocystographie, unilatérale	21,25	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	35,90	

		R =1	R = 2
	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE		
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	16,65	3
00825	Crico-thyroïdotomie d'urgence	51,05	
00791	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou des amygdales	13,25	3
	Phoniatrie		
09341	Sonigraphie	34,40	
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	31,75	
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	37,80	
	AVIS : *Inscrire dans la case* UNITÉS *le nombre de demi-heure et l'heure de début et de fin de la session dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; *pour la facturation de la rééducation de groupe, voir la section 4.2.4.2 sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.		
	Rhinomanométrie		
00783	interprétation	6,70	
00638	technique et interprétation	28,20	
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie	58,55	3
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie directe (flexible) avec ou sans biopsie	52,95	3
	Sinus		
00640	frontal, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	33,15	3
00633	frontal, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	20,95	3
00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	25,00	3
00642	maxillaire, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	16,25	3
09406	endoscopie naso-sinusienne unilatérale (un (1) ou plusieurs sinus)	62,55	2
	PNEUMOLOGIE		
	Bronchoscopie incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie et la biopsie		
	Bronchoscopie		
09362	chez un patient intubé (P.G. 2.9)	54,15	4
09363	chez un patient non intubé (P.G. 2.9)	129,90	3
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (P.G. 2.9)	16,25	
09365	avec exérèse de tumeur, supplément (P.G. 2.9)	15,40	
00724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	170,05	1
09366	avec bronchographie, supplément	55,50	1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	72,55	1

		R = 1	R = 2
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	72,55	1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	58,70	1
09484	avec fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	72,55	3
00140	Contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	60,15	1
	Photocoagulation au laser par voie endobronchique, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance rendus au cours de la même journée et les services d'un autre médecin à titre d'assistant ou de collaborateur		
09351	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	184,15	10
09352	Cure de sténose trachéale inflammatoire	340,15	11
09353	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	422,95	11
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire, incluant la bronchoscopie	283,50	5
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	294,90	6
00799	Trachéoscopie, sans autre scopie des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches) (P.G. 2.9)	70,05	3
00800	Dilatation trachéale incluant la bronchoscopie ou la laryngoscopie ou les deux P.G. 2.9)	166,25	5
00801	Ré-expansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et postopératoire et l'anesthésie locale, si employée	160,80	5
	Laryngoscopie avec ou sans biopsie avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale		
00519	directe (rigide) (P.G. 2.9)	93,35	3
00511	à suspension (P.G. 2.9)	112,30	4
00512	au microscope (P.G. 2.9)	136,25	4
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (P.G. 2.9)	132,65	4
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie	134,95	4
	Thoracoscopie		
00644	exploratrice	72,50	3
00645	exploratrice avec biopsie	95,25	3
00646	avec section d'adhérences	111,10	3
00412	Traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé	77,10	2
+	NOTE : ce code peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée.		
00413	Traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé	75,80	2

		R = 1	R = 2

RADIOLOGIE

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES FAITS SOUS CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE OU RADIOGRAPHIQUE

Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne

Angioplastie transluminale percutanée d'une ou plusieurs sténoses et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

09494	par ballonnet	340,15	9
09495	par athérectomie	340,15	9
09496	par ballonnet et athérectomie	453,50	9
09433	Utilisation du laser intra-vasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale per-cutanée, supplément	113,35	

L'angioplastie transluminale percutanée par cathéter comprend l'évaluation pré-opératoire du patient quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du patient pendant l'intervention, la dilatation ou recanalisation en soi (artère, veine, greffon ou autres), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)

Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)

09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	290,25	14
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	145,10	
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	147,40	

Crânienne et spinale

09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	495,25	14
09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	232,40	
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	294,80	

		R =1	R = 2
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.		
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs		
	Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du patient la mention de la technique mise en oeuvre. Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.		
09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	51,25	
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quelque soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance).	93,00	
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant angiographie de positionnement et mise en place d'une perfusion médicamenteuse. . . .	306,70	14
	Perfusion artérielle médicamenteuse		
09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures . . . . . NOTE : ne peut être chargé la journée de la mise en place du cathéter	48,15	
	Embolectomie		
09446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	294,80	7
	Extraction de corps étrangers		
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intra-vasculaire (artériel ou veineux)	294,80	7

		R =1	R = 2
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endo-veineux		
+09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endo-veineux par cathétérisme trans-cutané, incluant les examens, les visites et les consultations	218,75	7
	INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES		
	Interventions hépato-biliaires		
00435	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire percutanée	65,00	3
	Drainage percutané de voies biliaires		
09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	141,70	3
+09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les examens, les visites, les consultations et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie	200,00	3
09451	dilatation percutanée par ballonet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	120,30	
09452	mise en place d'un support endo-biliaire (endoprothèse biliaire)	181,45	
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	100,00	
09454	Remplacement de cathéter	44,20	3
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	130,40	3
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	311,15	3
	Interventions digestives		
09456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	175,85	4
09457	Entérostomie percutanée (coecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	147,40	3
	Interventions urologiques ou endo-urologiques		
+09458	Néphrostomie percutanée, incluant les examens, les visites, les consultations et l'injection de colorant	110,00	3
	Interventions neuro-squelettiques		
	Blocs facettaires	(Voir blocages nerveux)	
	Discographie		
00438	1 niveau	98,30	3
00459	2 niveaux ou plus	110,00	3

		R =1	R = 2
	Injection de stéroides avec discographie, supplément		
+09460	1 niveau	36,90	
+	par niveau additionnel	24,65	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de niveaux dans la case* UNITÉS.		
+00894	Myélographie	57,45	4
	Discoidectomie percutanée		
+09461	premier niveau	283,50	6
+09462	2 niveaux ou plus	340,15	6
+09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	113,35	
+00895	Pneumo-encéphalographie	70,25	5
+00896	Pneumo-myélographie	73,35	5
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique		
+09464	thoracique	64,80	3
+09465	abdominale	54,15	3
+09466	voies biliaires	135,30	3
+00229	rate	44,25	3
+00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	131,05	4
+09467	ovaire	113,35	3
+09468	estomac	56,70	3
+09469	intestin	56,70	3
	Mammaire		
+09470	localisation ou biopsie d'une masse mammaire palpable ou les deux	51,10	
+00551	Biopsie d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie effectuée le même jour, le cas échéant. NOTE : le cas échéant, le tarif de la stéréotaxie s'ajoute.	127,65	
+00561	Localisation d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie postlocalisation et la biopsie, le cas échéant NOTE : le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et de la stéréotaxie s'ajoutent.	127,85	
	Osseuse		
+00212	os	127,65	4
+00247	vertèbre	115,60	3

		R =1	R = 2
	Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique		
	Kyste ou abcès profond		
+00124	membre	91,65	3
+00324	colonne ou paravertébral	135,30	4
	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse		
+09472	thoracique	162,35	4
+00508	médiastinale	90,15	4
+09473	abdominale	188,05	4
+09474	Pseudokyste pancréatique par voie trans-gastrique	117,95	
	INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE		
+00458	Arthrographie	22,65	2
+09475	Arthrographie d'une prothèse articulaire	34,05	2
	Bronchographie incluant l'anesthésie locale et l'intubation trachéo-bronchique		
+00892	unilatérale	39,55	4
+00893	bilatérale	55,65	4
	Cavernosographie		
+09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant ponction directe, opacification et prise de clichés, étude débimétrique avec ou sans injection de papaverine intra-caverneuse)	102,05	
+00483	Cystographie/urétrographie, néphrostographie, examen de vessie iléale	20,95	2
+09477	Injection intraveineuse ou intra-musculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	6,50	
+00441	Fistulographie	14,15	
+00442	Galactographie	23,75	
+00465	Herniographie	21,55	
+00444	Kyste mammaire, aspiration	20,40	
+00445	Kyste rénal, ponction-aspiration et injections subséquentes	78,75	2
+00481	Laryngographie/pharyngogramme (incluant l'anesthésie locale et la laryngoscopie indirecte)	45,95	
+00462	Lymphographie, incluant dissection	44,20	3
+09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	98,60	
+00155	Opacification des sinus paranasaux	7,20	
+09479	Phlébographie par ponction osseuse	98,60	
+00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	20,30	
+00451	Sialographie	37,90	
+00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	92,00	3

		R =1	R = 2

RADIO-ONCOLOGIE

L'article 1.3 du préambule particulier (actes diagnostiques et thérapeutiques) ne s'applique pas à la radio-oncologie et à la curiethérapie.

AVIS : *Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement.*

+08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	17,00	
+08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	64,15	
+08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	17,00	
+08508	45 minutes ou plus, supplément	51,05	
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.		
+08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie, lésions non cutanées	86,15	
+08509	plus de 45 minutes, supplément	23,75	
+08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	170,05	
+08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	141,70	
+08513	Traitement par isotopes métabolisés	35,20	3
+08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	35,20	3
+08515	Application de radio-isotope par plaque	27,85	3
+08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement.	602,05	
+08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement.	481,85	
+08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	24,15	
+08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	13,60	
+08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	24,15	
+08566	Implantation d'un ou de plusieurs marqueurs permanents en vue de repérage d'un organe ou d'une tumeur.	39,65	3
+08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	120,20	5
+08552	Radiothérapie de contact intra-cavitaire (vagin)	120,20	4

CURIETHÉRAPIE

		R =1	R = 2
+08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	36,30	
+08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie	54,40	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
+08524	bronches	60,10	5
+08527	col utérin (maximum 2 applications/patient pour la curiethérapie à bas débit)	72,55	4
+08528	corps utérin	60,10	4
+08541	vagin (cavité vaginale)	60,10	4
+08544	voies biliaires	60,10	3
+08556	oesophage	60,10	4
+08557	cavité buccale (moulage)	39,65	4
+08558	nasopharynx	60,10	4
+08559	rectum	60,10	4
+08560	anus	60,10	4
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
+08523	anus	120,20	4
+08525	cavité buccale excluant la langue	120,20	6
+08526	cerveau	120,20	5
+08529	ganglions	200,00	4
+08530	hypopharynx	181,45	5
+08531	langue, portion mobile	120,20	5
+08532	lèvres	90,70	3
+08533	médiastin	181,45	5
+08534	oropharynx, incluant la base de la langue	181,45	5
+08535	peau	71,65	4
+08536	pénis	120,20	3
+08537	rectum	181,45	4
+08538	sein	60,10	4
+08539	tissus conjonctifs après résection	120,20	3
+08540	tissus conjonctifs sans résection	240,40	3
+08542	vagin (paroi vaginale)	120,20	3
+08543	vessie	120,20	3
+08561	prostate	181,45	4
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
+08562	implant interstitiel	66,25	
+08563	implant endocavitaire	39,65	
	Insertion de substance radioactive		
+08545	temporaire	45,35	3
+08546	permanente	181,45	3
+08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	30,00	
+08548	Retrait du matériel radioactif	34,05	
+08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	79,40	4
+08550	Retrait du matériel d'implantation	45,35	

		R =1	R = 2
	SOINS INTENSIFS *(réf.: Préambule général, règle 2.11)*		
+20018	Induction de l'hypothermie thérapeutique	250,05	
+20019	Installation pour ventilation en position ventrale.	250,05	
+20020	Mesure de la tension intra-abdominale	25,00	
	AVIS : *Inscrire* ***la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie*** *de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6)*		
	UROLOGIE		
+00154	Aspiration de la vessie par trocart avec mise en place d'un tube sus-pubien	64,15	3
+00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile en dehors d'un acte diagnostique, thérapeutique ou chirurgical, autre qu'une scopie urinaire ou un drainage sus-pubien	28,10	3
+00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux	81,15	
+00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique ou interprétation ou les deux	40,60	3
	Cystoscopies (incluant l'urétroscopie et la dilatation urétrale et l'injection de colorant)		
	NOTE : la cystoscopie peropératoire n'est pas payable si le patient a subi une cystoscopie préalable au cours des trente (30) jours précédents.		
+00320	cystoscopie diagnostique ou urétroscopie ou les deux (y compris la recherche de trajet fistuleux)	54,15	3
+00315	avec ablation d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre ou de la vessie	101,50	2
+00316	avec électrocoagulation ou biopsie ou excision ou les deux de lésions vésicales et/ou urétrales	70,35	2
+00317	avec méatotomie urétérale, pour sténose.	85,05	2
+00318	avec résection d'un urétérocèle	85,05	2
	avec cathétérisme des uretères, unilatéral ou bilatéral :		
+00319	diagnostique	60,90	3
+00314	avec extraction ou tentative d'extraction d'un calcul urétéral par panier	122,50	2
+00709	installation par cystoscopie d'un cathéter urétéral double J, incluant la dilatation urétérale, le cas échéant	135,30	2
+09407	Cystoscopie et refoulement rétrograde ou tentative (toute manoeuvre) de refoulement pyélique d'un calcul urétéral lombaire, incluant les sondes de drainage	134,15	2
	Dilatation de la loge prostatique, par ballon hyperbare, incluant la cysto-urétroscopie sous anesthésie générale		
+00361	première intervention	125,00	3
+00362	intervention subséquente	85,05	3

		R =1	R = 2
+00726	Dilatation de la vessie par cystoscope ou cathéter pour cystite interstitielle sous anesthésie générale (cystoscopie incluse)	54,15	3
+00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie générale	12,25	3
+00731	Première dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	24,35	3
+00732	Dilatation ultérieure d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	17,30	2
+00708	Dilatation d'une sténose ou d'un rétrécissement urétéral (à tout niveau) ou urétéro-pyélique toute technique incluant les tubes de drainage dont le double J et l'urétéroscopie mais excluant la néphrostomie	132,95	2
+00411	Extraction par les moyens simples d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre antérieur	46,10	2
+00321	Épreuves des différences quantitatives et chimiques de la fonction rénale	62,65	2
+09357	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicale ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	56,70	3
+09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicale ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	27,00	3
+09310	Néphroscopie percutanée avec ou sans néphrostomie, incluant biopsie et urétéroscopie descendante s'il y a lieu	170,05	2
+00857	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, comprenant la prise de pression intra-abdominale le cas échéant, la surveillance immédiate de l'acte, l'enregistrement graphique, l'interprétation et le compte rendu de même que les épreuves pharmacologiques	40,85	2
+00858	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, avec ou sans la prise de pression intra-abdominale, interprétation et compte rendu	16,25	2
+00793	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez le patient de moins de seize (16) ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G., technique ou interprétation ou les deux	35,40	
00721	Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sous anesthésie générale ou régionale	C.S.	3
	AVIS : *Voir règle 1.1.2, préambule général.*		
+09311	Urétéroscopie par voie ouverte ou fermée, incluant biopsie ou néphroscopie ascendante ou les deux s'il y a lieu	125,00	2
	Urétroscopie		
+00651	avec exérèse de calcul ou de corps étranger de l'urètre	90,90	2
+00652	urétroscopie ou cysto-urétroscopie avec urétrotomie interne non associée à une RTU	61,35	2
+00653	urétroscopie avec électrocoagulation ou exérèse de polypes de l'urètre postérieur	64,95	2

		R =1	R = 2

DIVERS

00777	Mise en place d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence en établissement	43,25	
----	Cautérisation pour point lacrymal	(Voir appareil visuel)	

Diabétothérapie

+09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	161,90	
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de quatre (4) patients diabétiques, pour une période service continu de 60 minutes ou plus . . .	87,00	
	NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins 1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour 2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine		
	AVIS : *Inscrire dans la case* UNITÉS *le nombre de personnes traitées le même jour (voir 4.2.4.2* Rédaction de la demande de paiement).		
	Inscrire l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une (1) fois par patient par année)	33,10	
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables		
00335	traitement initial par patient.	55,75	
09315	vérification du traitement, par période de trois (3) mois, par patient.	47,65	
00345	installation initiale de la pompe et du cathéter.	127,65	
	Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.		
+09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance, les examens, les visites et les consultations maximum de cinq (5) jours par patient, par hospitalisation (P.A.R. 3.02)	40,75	
	AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*		
----	Électrolyse des cils	(voir appareil visuel)	
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée (dans certains établissements seulement)	38,55	
	NOTE : voir *Lettre d'entente n^{o} 7*		

		R =1	R = 2
+00679	Exercices thérapeutiques collectifs pré et postnataux incluant, s'il y a lieu, l'examen, la visite ou la consultation (maximum par session de 82,80 $ au 1er janvier 2012 et de 86,40 $ au 1er juin 2013)	7,20	
	NOTE : La prestation maximum payée pour une même patiente est limitée à 34,50 $ au 1er janvier 2012 et à 36 $ au 1er juin 2013 pour les sessions prénatales et à 20,70 $ au 1er janvier 2012 et à 21,60 $ au 1er juin 2013 pour les sessions postnatales.		
	AVIS : *Inscrire dans la case* UNITÉS *le nombre de personnes traitées le même jour (voir 4.2.4.2* Rédaction de la demande de paiement*).*		
00407	Extraction de bague, acte compliqué	C.S.	3
	AVIS : *Voir règle 1.1.2, préambule général.*		
00159	Grattage, pelage, taillage de callosités (en cabinet, au bénéfice d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus).	8,65	
00521	Manipulation d'une (1) ou de plusieurs articulations . . .	6,50	
00523	Manipulations vertébrales	6,50	
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une (1) ou plusieurs	30,65	
00628	Mise en place d'un pantalon antichoc incluant le contrôle et, le cas échéant, l'enlèvement	40,15	
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le foetus, sous contrôle échoscopique	119,05	
	Oxymétrie transcutanée uni ou multi sites, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle doppler avec provocation, en établissement		
20028	interprétation	43,80	
00578	Pansement de vingt (20) cm^2 ou plus, en cabinet	10,70	
	Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance		
	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs		
09385	interprétation	11,85	
09386	technique et interprétation	40,60	
	Oculopléthysmographie (deux (2) yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :		
09387	interprétation	11,35	
09388	technique et interprétation	34,05	
	Photopléthysmographie		
	Étude des flots avec enregistrement graphique		
	flots supraorbitaires		
09389	interprétation	11,35	
09390	technique et interprétation	24,60	
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts		
09391	interprétation	12,55	

		R = 1	R = 2
09392	technique et interprétation	23,55	
	mesure du reflux veineux bilatéral		
09393	interprétation	11,35	
09394	technique et interprétation	24,60	
	Pneumopléthysmographie segmentaire		
	Enregistrement du volume du pouls à au moins quatre (4) niveaux des deux (2) membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins six (6) niveaux des deux (2) membres inférieurs et interprétation du tracé		
	au repos		
09395	interprétation	11,85	
09396	technique et interprétation	40,60	
	à l'effort		
09397	technique et interprétation	40,60	
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts		
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre		
09398	interprétation	12,55	
09399	technique et interprétation	54,15	
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance		
00353	technique et interprétation	34,05	
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques		
00137	interprétation	11,85	
00138	technique et interprétation	45,35	
+ 20179	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques et les visites par jour	665,65	
+ 20180	si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale supplément, le jour du décès cardiocirculatoire	250,00	
+	NOTE : Les codes 20179 et 20180 peuvent être réclamés par un seul médecin par jour.		
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la visite, la consultation ou l'examen préalable et la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)		
	(le patient et le médecin sont dans la chambre)		
00837	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	272,15	
09346	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	79,40	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	52,05	
09347	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	11,35	
	Surveillance		
	(le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)		
00839	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	159,90	
09348	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	46,65	
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	26,65	

		R = 1	R = 2
09349	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	6,60	
20084	Supplément lorsque le traitement en chambre hyperbare exige un déplacement d'urgence pour rendre le service le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h.	28,35	

AVIS : *Voir la règle 2.4.7.3. D du préambule général*

TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES

AVIS : - *Voir la Lettre d'entente n^{o} 8 et son annexe 1* ***(cliniques désignées)*** *de la Brochure n^{o} 1.*
- *Le tarif n'est pas soumis au modificateur 050 (voir règle 1.3 du préambule particulier de l'onglet* Actes diagnostiques et thérapeutiques*).*

Par séance, (peu importe le nombre et le type de traitements dispensés) 12,35

CODE	*TYPE DE TRAITEMENT*
00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674	exercices de rééducation, respiration
00675	hydrothérapie (bain de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677	ultra-sons
00678	ultra-violet
00670	T.E.N.S.
00686	techniques de mobilisation (par approche musculo-squelettique spécifique)

AVIS : *Les traitements dispensés* ***en clinique de physiothérapie désignée****, par du personnel auxiliaire à des personnes de soixante-cinq (65) ans ou plus, doivent être facturés comme suit :*
- *inscrire sur la première ligne de service les honoraires de* ***12,35 $****;*
- *inscrire sur les lignes subséquentes le* ***modificateur 035*** *en regard de chaque traitement physiatrique rendu et les honoraires de* ***0 $****;*
- *inscrire le* ***numéro de la clinique*** *de physiothérapie désignée (341XX).*

AVIS : *Les traitements dispensés* ***en cabinet*** *par le médecin à toute personne assurée doivent être facturés comme suit :*
- *inscrire sur la première ligne de service les honoraires de* ***12,35 $****;*
- *inscrire sur les lignes subséquentes le* ***modificateur 035*** *en regard de chaque traitement physiatrique rendu et les honoraires de* ***0 $****;*
- *inscrire le* ***code de localité ou le numéro de cabinet attribué*** *(6XXXX ou 54XXX, 55XXX, 57XXX).*

		R = 1	R = 2

ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE

\+ Le médecin qui effectue dans un contexte d'urgence une échographie ciblée dans le but d'orienter l'investigation, de poser un diagnostic ou d'évaluer la réponse à un traitement peut se prévaloir de la rémunération de l'échographie ciblée d'urgence. Un maximum de deux examens échographiques peuvent être réclamés lorsque le même médecin effectue un tel examen auprès du même patient plus d'une fois la même journée. Dans tous les cas, le médecin doit manipuler la sonde pour l'acquisition d'images et consigner ses observations au dossier. Il est tenu de déposer au dossier, avec ses observations, la documentation iconographique pertinente.

00689	Échographie ciblée d'urgence	20,85

NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis d'assignation pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Le formulaire* Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique - Services de laboratoire en établissement *(3051) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire. Il est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, dans la section* Formulaires.

INDEX

Page

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER **D-2**

Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale **D-6**
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil **D-7**
Anesthésie obstétricale **D-7**
Anesthésie diagnostique et thérapeutique **D-8**
Inhalothérapie **D-9**
Neuroleptanalgésie **D-9**
Soins spéciaux *(Rubrique abolie par l'Amendement n° 85)* .....
Soins de ventilation **D-9**
Coeur-poumon artificiel **D-11**
Transplantations **D-11**
Divers **D-11**

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE **D-12**

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 OBJET

1.01 Le présent préambule a pour objet de régir la tarification de l'anesthésie-réanimation.

2.00 DÉFINITIONS

2.01 Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale, le bloc digital, le bloc paracervical et la neuroleptanalgésie.

2.02 Intervention : une chirurgie, un acte diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiste.

2.03 Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont, pendant une même anesthésie, pratiquées chez un même patient.

2.04 Neuroleptanalgésie : procédure qui consiste à administrer certains médicaments du système nerveux central par voie intraveineuse à des doses qui n'induisent pas une anesthésie générale mais permettent d'atténuer l'état de conscience du patient en vue de procéder à une intervention.

3.00 HONORAIRE GLOBAL

3.01 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global. Sont compris dans cet honoraire tous les soins que le médecin anesthésiste donne au patient pendant la durée de l'anesthésie ainsi que, pour les soins habituels, l'examen en salle de réveil.

3.02 Sont toutefois exclues de l'honoraire global les procédures codées P.A.R. 3.02.

3.03 Les actes nouveaux sont payables sauf ceux que les parties déterminent comme faisant partie de l'honoraire global.

3.04 Le médecin qui pratique l'intervention n'a pas droit aux honoraires d'anesthésie sauf autrement prévu au tarif.

4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Voir la règle 2 du préambule général.*

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

5.00 MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

5.01 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux (2) composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; pour l'autre, la somme des unités de durée.

5.02 Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

5.03 Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiste consacre au soin du patient; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

AVIS : *L'anesthésiste (R=2) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

6.00 DURÉE

6.01 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiste a charge du patient.

6.02 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiste prend contact avec le patient pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiste confie la surveillance du patient au personnel de la salle de réveil.

6.03 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze (15) minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit (8) premières périodes; deux (2) unités de durée, pour chaque période supplémentaire; et trois (3) unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze (15) minutes.

AVIS : *Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section* ***4.2.6.1*** *de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement .

7.00 INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

7.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. (MOD=047)

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du patient.

8.00 PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉCHIRURGICALE

8.01 Le médecin anesthésiste a droit au plein tarif de l'anesthésie, lorsque son concours est requis pour une procédure diagnostique préchirurgicale dont la tarification est de quatre (4) unités de base ou plus.

9.00 CHIRURGIES MULTIPLES

9.01 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

10.00 ANESTHÉSISTE COLLABORATEUR

10.01 Le médecin anesthésiste qui agit comme collaborateur (R=3) a droit à la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum quatre (4), pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

10.02 Le médecin anesthésiste collaborateur a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du patient; on applique à cet égard les dispositions de l'article 5.00.

AVIS : *Voir section **4.2.6.2** sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.
L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de l'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.

11.00 REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

11.01 Le médecin anesthésiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du patient.

11.02 Le médecin remplaçant n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiste a consacrées au soin du patient.

AVIS : *Voir section **4.2.6.3** sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

12.00 ANESTHÉSIE CHEVAUCHANT PLUS D'UNE PLAGE HORAIRE

12.01 Le médecin anesthésiste doit utiliser le modificateur 130 lorsque l'intervention chevauche plus d'une plage horaire.

AVIS : *Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section 4.2.6.4 de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

13.00 PARTICIPATION

13.01 Le médecin anesthésiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du patient pendant qu'on pratique cette intervention, sans qu'il n'y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

14.00 ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

14.01 Sauf s'il se présente une procédure obstétricale ou une urgence grave, un médecin anesthésiste ne peut, en cours d'intervention, être rémunéré pour plus d'un patient.

15.00 NEUROLEPTANALGÉSIE

15.01 Le médecin qui, lors de son intervention, utilise une procédure de neuroleptanalgésie a droit au supplément prévu au tarif.

Pour avoir droit à ce supplément le médecin doit, conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, avoir à sa disposition tout le matériel et la médication d'urgence prescrits par le Collège et procéder tout au long de l'intervention à la surveillance per et post opératoire des éléments suivants :

- l'état de conscience;
- la surveillance de l'électrocardiographe;
- la prise régulière des signes vitaux;
- la saturation d'oxygène.

+ 16.00 MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

+ **16.01** Le médecin anesthésiste, à l'exclusion de l'anesthésiste collaborateur, reçoit une majoration sur les honoraires de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques selon l'âge de la personne qui fait l'objet des services. Les majorations sont les suivantes :

- de la moitié pour les enfants âgés de moins de 2 ans # (**MOD 428**);
- du quart pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement # (**MOD 429**);
- du quart pour les patients âgés de 70 ans ou plus # (**MOD 430**).

16.02 Pour les fins de ces majorations, sont réputés constituer des services anesthésiques les services de l'onglet d'anesthésie (à l'exclusion de la neuroleptanalgésie, code 00980), l'ensemble des services réclamés en rôle 2 et, en centre hospitalier, les services portant les codes suivants lorsqu'ils sont réclamés en rôle 1 : 00217, 00722, 00255, 09481, 09482, 09483, 00257, 00256, 00258, 00259, 00260, 00261, 00262, 00719, 00263, 00264, 00265, 00720, 00280, 00292, 00293, 00268, 00269, 00322, 00270, 00271.

		R = 1	R = 2
	ANESTHÉSIE - RÉANIMATION		
	NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).		
	VALEUR DE L'UNITÉ : 14,85 $ au 1er janvier 2012 et 15,50 $ au 1er juin 2013.		
	ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE		
	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)	
00904	Résection de racine dentaire		4*
00905	Obturation dentaire		4*
00918	Pulpectomie		4*
00919	Traitement de canal dentaire		4*
00960	Extension des replis muqueux		4*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche		7*
00962	Implantation de prothèse dentaire		4*
00963	Alvéoloplastie		4*
00964	Alvéolectomie		4*
00966	Ablation de tissu hyperplasique		4*
00967	Alvéolite		4*
00968	Fracture alvéolaire		4*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme		4*
00970	Ablation de torus		4*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit uniquement à l'examen préanesthésique et aux unités de durée		
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)		
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie		4*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie		4*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
00924	avec ou sans appareil de traction		4*
	Maxillectomie		
00930	partielle		9*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoidienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoidien (unilatérale)		4*

		R = 1	R = 2
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)		
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux.		4*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétrotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde).		4*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption).		4*
	Intervention sur le trijumeau		
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau		5*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une (1) ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)		3*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)		
00957	repositionnement bilatéral		9*
00959	diminution.		7*
00925	Curetage sous-gingival		4*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)		
00907	sans la présence d'un anesthésiste	45,05	
00908	avec la présence d'un anesthésiste	23,40	
	NOTE : cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour le médecin.		

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

	Accouchement ou période du travail, ou les deux		
00921	sous anesthésie générale.		8
00910	sous anesthésie régionale par injection unique		8
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie postaccouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter.		14
	NOTE : si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (codes d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où le médecin anesthésiste prend contact avec la patiente pour effectuer l'induction.		
	- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.		

		R = 1	R = 2
	ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE		
00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen	9,65	
	maximum par jour	38,60	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case* UNITÉS.		
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère	96,35	
	Épidurale continue pour soulager la douleur		
	pour les premières quarante-huit (48) heures		
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, les visites, la surveillance et les injections (P.G. 2.4.7.3 C)	206,55	
	après quarante-huit (48) heures		
00935	réinjections et/ou examens, et/ou visites par jour, par patient (P.G. 2.4.7.3 C)	38,55	
00952	Épidurale différentielle incluant les examens, les visites et consultations, les injections et la surveillance (P.G. 2.4.7.3 C)	206,55	
	NOTE : comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	Douleur aiguë ou douleur chronique :		
	Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleural, incluant les examens, les visites et les consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
00997	période de 24 heures ou moins		4
00998	période de plus de 24 heures		8
00999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément		3
	Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
00988	période de 24 heures ou moins		4
00989	période de plus de 24 heures		8
01900	période de plus de 96 heures, par jour, supplément		3

		R = 1	R = 2
01901	Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique	61,35	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	NOTE : Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient		

INHALOTHÉRAPIE

00917	Examen de contrôle (P.G. 2.2.9 A)	8,35	
	Maximum par jour	33,40	
	NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour.		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case* UNITÉS.		
00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de cinq (5) ou moins . . .		4
	AVIS : *Inscrire l'apgar dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *et fournir des notes explicatives.*		

NEUROLEPTANALGÉSIE

	Procédure de neuroleptanalgésie réalisée conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, incluant l'examen, la visite, l'administration de médicament et la surveillance :		
00980	supplément (P.G. 2.4.7.3 C)	27,05	

SOINS DE VENTILATION

	Niveau I Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin anesthésiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort		

		R = 1	R = 2
00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement).		1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
00927	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	14,80	
	Maximum par jour	59,20	
	NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case* UNITÉS.		
	Niveau II Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin anesthésiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement).		4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
00991	Contrôle subséquent, par examen *(P.G. 2.4.7.3 C)*	14,80	
	Maximum par jour	88,80	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case* UNITÉS.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. (P.A.R. 3.02)		9
00940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02)		7
00926	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, des examens et des visites		3

		R = 1	R = 2
	COEUR-POUMON ARTIFICIEL		
	Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, est de (MOD=036)		17*
	AVIS : *Lorsque le MOD=036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique et la valeur des unités de base devient 17. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.*		
	TRANSPLANTATIONS		
00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base		11*
	DIVERS		
00981	Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9)		5*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne		5*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie		4*
	NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement.		
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur		3*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9)		9*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale		3*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture		3*
00974	Tamponnement nasal antérieur		3*
00975	Anesthésie pour tomographie par ordinateur, peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie		6*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie		9*
	Anesthésie pour examen ophtalmologique :		
00955	sans intubation		4*
00956	avec intubation		4*
00976	Anesthésie pour examen sous anesthésie générale		3*
00977	Anesthésie pour circulation assistée		7*
00978	Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire		7*
00979	Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire		6*
00983	Anesthésie pour télécobalthérapie		3*
00985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément		1

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE	DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	80	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

INDEX

Page

E - CHIRURGIE

PRÉAMBULE PARTICULIER **E-2**

1. Honoraire global **E-2**
2. Examens, visites ou consultations **E-2**
3. Actes diagnostiques ou thérapeutiques **E-2**
4. Soins simultanés **E-2**
5. Soins postopératoires confiés à un autre médecin **E-3**
6. Chirurgie incluse ou complémentaire **E-3**
7. Séances opératoires différentes **E-3**
8. Chirurgies multiples **E-3**
9. Chirurgies distinctes **E-4**
10. Assistance **E-4**
11. Disposition transitoire **E-4**
12. Chirurgie oncologique complexe **E-5**

E - CHIRURGIE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Le présent préambule s'applique à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux, sous réserve des dispositions des préambules particuliers relatifs à certains actes chirurgicaux et obstétricaux.

1. HONORAIRE GLOBAL

L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

+ Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins peropératoires ainsi que certains examens, visites ou consultations.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux actes diagnostiques et thérapeutiques.

+ 2. EXAMENS, VISITES OU CONSULTATIONS

+ Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf disposition contraire. À la première visite du patient, on lui accorde l'honoraire de l'examen, de la visite ou de la consultation effectués suivant les règles de tarification prévues au préambule général. Par la suite, tant en préopératoire qu'en postopératoire, le médecin est, pour les examens ou visites qu'il effectue, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

AVIS : *Voir la règle 2 du préambule général.*

+ Le jour de l'intervention, le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit aux honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf s'il s'agit d'un patient traité d'urgence dont il a pris charge le même jour. Dans ce cas, l'examen, la visite ou la consultation effectué est rémunéré suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Lors de la situation décrite ci-dessus, veuillez utiliser le modificateur 179.*

+ Les honoraires d'examen, de visite ou de consultation sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 55 $ ou moins au 1er janvier 2012 et de 57 $ ou moins au 1er juin 2013.

+ Certains examens et visites postopératoires sont compris dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont ceux qui sont faits au chevet du patient hospitalisé, au cours des quinze (15) premiers jours de l'intervention dont le tarif est de plus de 55 $ au 1er janvier 2012 et de plus de 57 $ au 1er juin 2013.

3. ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement des actes diagnostiques et thérapeutiques apparaissant à la nomenclature des actes, dans la section intitulée « Actes diagnostiques et thérapeutiques », qu'il dispense, sauf disposition contraire au tarif.

4. SOINS SIMULTANÉS

Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin auquel le médecin qui pose un acte chirurgical fait appel en raison de l'état du patient.

+ Le médecin qui donne des soins simultanés est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses examens, visites ou consultations (MOD 022).

5. SOINS POSTOPÉRATOIRES CONFIÉS À UN AUTRE MÉDECIN

Le médecin qui pose un acte chirurgical et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

Le médecin qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts (3/4) de l'honoraire global. (MOD 024)

AVIS : *Le médecin doit identifier dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT*, le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires.*

Le médecin qui donne les soins postopératoires a droit au quart (1/4) de l'honoraire global. (MOD 025).

AVIS : *Le médecin qui réclame des frais postopératoires doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens. De plus, il doit identifier dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT, *le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la chirurgie.*

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

Le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

7. SÉANCES OPÉRATOIRES DIFFÉRENTES

Les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes donnent droit au plein tarif.

8. CHIRURGIES MULTIPLES

8.1 Chirurgies multiples autres que celles du système nerveux et de l'appareil vasculaire non thoracique

Les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont payées demi-tarif (MOD 050), sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.*

8.2 Chirurgies multiples dont l'une relève du système nerveux

Malgré le paragraphe 8.1, lorsqu'au cours d'une même séance opératoire, sont pratiquées des chirurgies multiples dont au moins l'une d'elles apparaît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » chacune de ces chirurgies est payable à plein tarif, si elles sont pratiquées à des sites différents.

Toutefois, dans les cas où une chirurgie apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » est pratiquée au cours de la même séance, au même site, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé, sous réserve de certaines exceptions prévues dans la nomenclature.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir 4.6.2 Annexe II sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Les chirurgies multiples dont le libellé apparaît sous la rubrique « Nerfs périphériques » de l'onglet « Système nerveux » sont payées selon les dispositions du paragraphe 8.1.

8.3 Chirurgies multiples de l'appareil vasculaire non thoracique

Un seul honoraire de la section « Appareil vasculaire non thoracique » est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 086 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

9. CHIRURGIES DISTINCTES

Lorsque des médecins qui posent des actes chirurgicaux pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un médecin qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

Le médecin qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier médecin n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même du médecin qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier médecin ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

10. ASSISTANCE

Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le médecin ou le dentiste requiert l'assistance d'un autre médecin, la rémunération de ce dernier est fixée à 22 % du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 11 % (R=4) (MOD 050) du taux établi pour les autres actes.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de l'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

11. DISPOSITION TRANSITOIRE

Les examens ou visites postopératoires effectués à compter du 1er juin 1988 sont rémunérés suivant les règles de tarification nouvelle.

12. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

En chirurgie plastique, en orthopédie et en oto-rhino-laryngologie, la chirurgie oncologique complexe d'une durée anesthésique de quatre (4) heures ou plus (en orthopédie) ou de six (6) heures ou plus (en chirurgie plastique ou en oto-rhino-laryngologie), est rémunérée sous forme de forfait au médecin spécialiste responsable de l'intervention (rôle 1).

12.1 Anesthésie

En regard de la chirurgie oncologique complexe, le médecin omnipraticien qui détient des privilèges et qui prend charge de l'anesthésie, est rémunéré selon la durée anesthésique de la chirurgie.

AVIS : *Pour l'anesthésie, utiliser un des codes d'acte énumérés ci-dessous. Ajouter les unités de durée à la valeur de base.*

		R = 2
05920	durée anesthésique totale de 4 à 5 heures	**9**
05921	durée anesthésique totale de 5 à 6 heures	**11**
05922	durée anesthésique totale de 6 à 8 heures	**17**
05923	durée anesthésique totale de 8 à 10 heures	**17**
05924	durée anesthésique totale de 10 à 12 heures	**17**
05925	durée anesthésique totale de plus de 12 heures	**17**

12.2 Assistance opératoire

Le médecin omnipraticien qui assure l'assistance chirurgicale est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'annexe XIV, section II, article 1.01.

\# ***AVIS :*** *Depuis le 1er avril 2013, le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 95,12 $ l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (23,78 $) de la durée de l'assistance effectuée, selon un des codes d'acte suivants :*

05930	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 4 à 5 heures*
05931	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 5 à 6 heures*
05932	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 6 à 8 heures*
05933	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 8 à 10 heures*
05934	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 10 à 12 heures*
05935	*assistance pour une chirurgie d'une durée totale de plus de 12 heures*

Remplir la Demande de paiement - Médecin *(no 1200) de la façon suivante, inscrire :*

- *le numéro de la personne assurée dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte approprié dans la section* Actes*;*
- *le nombre de quarts d'heure dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires correspondants et reporter dans la case* TOTAL*;*
- *le code d'établissement dans la case appropriée;*
- *l'heure de début et de fin de l'intervention dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé et aucun modificateur n'est permis pour ces codes d'acte.

INDEX

Page

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Abcès **F-2**
Hématome **F-2**
Tumeur bénigne **F-3**
Tumeurs précancéreuses de la peau **F-4**
Tumeurs cancéreuses **F-5**
Exérèse de corps étrangers **F-5**
Cryochirurgie **F-6**
Lipectomie fonctionnelle **F-6**
Onycectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) **F-7**
Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien) **F-7**
Verrue (Excision, cautérisation, électrocoagulation et fulgurations) **F-7**
Cryothérapie, chimiothérapie ou chimiocautérisation (Voir P.G. Annexe 1)
Réparation de plaies **F-8**
Brûlures **F-10**
Greffe capillaire **F-10**
Greffes cutanées ou greffes cultivées **F-10**
Greffes par glissement, rotation ou transposition **F-11**
Greffe pédiculée (à distance) **F-11**
Greffe libre **F-11**
Dermabrasion : Sablage **F-12**
Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales **F-13**
Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou **F-13**
Seins **F-13**
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement **F-16**
Fistule cutanée **F-16**
Chirurgie plastique **F-16**

R = 1 R = 2

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie). Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants : 01208, 01210, 01211, 01214, 01324, 01394, 01395, 01405, 01406, 01416, 01417 (lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou), 01401, 01419, 01458, 01460, 01463, 01464 et 01465.

Incision

Abcès : pour les autres abcès non prévus dans cette section, référer à chacun des chapitres de la chirurgie)

	incision et drainage d'un abcès		
01005	sus-fascial ou sus-aponévrotique; unique ou multiple	16,25	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	23,55	2
01006	sous-fascial ou sous-aponévrotique; unique ou multiple	86,20	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	88,35	2
01001	panaris	20,30	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	26,85	2
01002	anthrax (exérèse en bloc) (P.G. 2.4.7.7 A)	85,05	2
01003	palmaire ou plantaire	80,10	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	81,25	2
----	avec implication de gaine tendineuse	(Voir musculo-squelettique)	
01004	périanal	49,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	51,95	2
----	ischio-rectal	(Voir système digestif)	

Hématome

	incision et drainage d'un hématome ou d'un sérome :		
01007	sus-fascial ou sus-aponévrotique	9,55	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	17,40	2

		R = 1	R = 2
+01008	sous-fascial ou sous-aponévrotique	86,20	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	88,35	2
+01023	Évacuation d'un hématome ou d'un sérome sus-fascial ou sus-aponévrotique par ponction, lorsque l'incision et drainage est contre indiqué, une ou plusieurs ponctions	8,50	
+	en cabinet	17,40	
+01009	fenestration d'un ongle pour évacuation d'hématome	9,55	
+----	en cabinet	17,40	

Excision conventionnelle ou au laser
(excision avec greffe ou plastie, cf. greffes)

Tumeur bénigne
(Naevi, angiomes, lipomes, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans traités au laser et les verrues)
Excision chirurgicale (incluant fermeture simple)

	face, oreilles, paupières, nez, lèvres, muqueuses		
+01164	diamètre de trois (3) cm ou moins *(*)*	17,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	29,60	2
+01156	diamètre de quatre (4) cm *(*)*	23,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	34,70	2
+01157	diamètre de cinq (5) cm *(*)*	29,50	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	39,70	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01151	premiers cinq (5) cm	38,25	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	47,55	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre *(**)*	16,35	
	cuir chevelu, cou, mains, pieds, organes génitaux externes		
+01165	diamètre de trois (3) cm ou moins *(*)*	14,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	26,90	2
+01158	diamètre de quatre (4) cm ou cinq (5) cm *(*)*	22,00	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	33,40	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01153	premiers cinq (5) cm	30,90	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	41,05	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre *(**)*	13,60	
	tronc, bras et jambes		
+01166	diamètre de trois (3) cm ou moins *(*)*	11,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	24,40	2
+01162	diamètre de quatre (4) cm *(*)*	16,30	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	28,10	2
+01163	diamètre de cinq (5) cm *(*)*	20,60	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	32,10	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01155	premiers cinq (5) cm	27,20	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	37,90	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre *(**)*	11,95	

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

AVIS : *(*) Indiquer dans la case* UNITÉS, *le nombre de tumeurs.*
(**) Utiliser une ligne par lésion en indiquant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Kystes sébacés		
+01169	face, cuir chevelu, cou	22,35	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	33,60	3
+01172	autres localisations	18,30	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	30,05	3

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse).

AVIS : *Utiliser une ligne par lésion.*

+01198	neurofibromes multiples, par lésion	14,75	4
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	26,90	4
+	par lésion supplémentaire	13,60	
+	maximum par séance	273,15	
+	maximum par séance en cabinet	285,30	

AVIS : *Indiquer le nombre de lésions dans la case* UNITÉS.

Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)

	paupière, nez, lèvres, muqueuses		
+01180	diamètre de un (1) cm ou moins	57,40	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	64,15	2
+01181	diamètre de plus de un (1) cm	95,60	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	97,45	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
+01182	diamètre de un (1) cm ou moins	44,15	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	52,60	2
+01183	diamètre de plus de un (1) cm	67,65	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	73,15	2
	tronc, bras, jambes		
+01184	diamètre de un (1) cm ou moins	28,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	39,15	2
+01185	diamètre de plus de un (1) cm	48,60	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	56,50	2

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

AVIS :
- *Utiliser une ligne par lésion,* ***sans*** *indiquer de centimètre dans la case* UNITÉS.
- *La lésion doit être calculée en centimètre(s) linéaire(s). Lorsque la lésion est de forme irrégulière, inscrire le nombre de centimètre(s) correspondant au côté le plus long de la lésion, dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 1	R = 2
	Traitement des angiomes-plans par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié		
	sous anesthésie générale :		
+01145	par cm carré *(*)*	22,65	3
+	maximum par séance	226,50	
	sans anesthésie générale :		
+01146	par cm carré *(*)*	12,55	
+	maximum par séance	62,75	
	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.		
	Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) (Il s'agit de centimètres de résection)		
	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
+01186	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A).	99,40	2
+01187	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	130,50	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
+01188	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A).	68,30	2
+01189	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	99,50	2
	tronc, bras, jambes :		
+01194	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A).	45,80	2
+01195	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	60,85	2
	AVIS : *Utiliser une ligne par lésion,* ***sans*** *indiquer de centimètre dans la case* UNITÉS.		
	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
+01199	ensemble des temps (P.G. 2.4.7.7 A).	248,75	4
	Exérèse de corps étrangers		
+01196	simple (P.G. 2.4.7.7 A).	25,10	3
01197	compliquée (P.G. 2.4.7.7 A)	C.S.	4
	AVIS : *Voir règle 1.1.2, préambule général.*		

AVIS : *(*) - Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case* UNITÉS *et le code d'établissement dans la case appropriée.*

- 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.

		R = 1	R = 2
	Cryochirurgie		
	Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)		
	paupière, nez, lèvres, muqueuses		
+01236	diamètre de un (1) cm ou moins	51,60	2
+01237	diamètre de plus de un (1) cm	82,65	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
+01238	diamètre de un (1) cm ou moins	39,65	2
+01239	diamètre de plus de un (1) cm	60,90	2
	tronc, bras, jambes		
+01240	diamètre de un (1) cm ou moins	25,80	2
+01241	diamètre de plus de un (1) cm	44,30	2
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)		
	AVIS : *Voir les instructions de facturation de l'**AVIS** suivant le code **01185**, au bas de la page F-4.*		
	Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) (Il s'agit de centimètres de résection)		
	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
+01242	diamètre de un (1) cm ou moins	88,50	2
+01243	diamètre de plus de un (1) cm	129,80	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
+01244	diamètre de un (1) cm ou moins	68,00	2
+01245	diamètre de plus de un (1) cm	94,60	2
	tronc, bras, jambes		
+01246	diamètre de un (1) cm ou moins	51,60	2
+01247	diamètre de plus de un (1) cm	65,10	2
	Lipectomie fonctionnelle		
+01208	abdominale avec ou sans réparation d'hernie ombilicale ou diastasis des grands droits ou les deux (correction de tablier graisseux) *(*)*	283,50	6
+01209	diastasis des grands droits	168,75	4
+01214	autres régions *(*)*	221,10	4
	Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé		
+01210	sous anesthésie locale *(*)*	68,00	
+01211	sous anesthésie générale *(*)*	102,05	4

AVIS : *(*) Inscrire, dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

		R = 1	R = 2
	Onycectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant)		
+01215	simple	18,30	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	30,05	3
+01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	49,95	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	57,70	3
	Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien)		
+01217	excision simple	209,75	3
+01220	excision et plastie	250,35	3
+01221	marsupialisation	203,95	3
	Verrue		
	fulguration incluant le rasage	(voir Cautérisation, 1300)	
	cryothérapie incluant le rasage	(P.G. Annexe 1)	
	chimiothérapie	(P.G. Annexe 1)	
	Excision chirurgicale		
	non faciale		
+01222	première (P.G. 2.4.7.7 A)	15,95	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune maximum quinze (15) verrues supplémentaires *(*)*	3,85	
	faciale		
+01223	première (P.G. 2.4.7.7 A)	28,10	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune maximum neuf (9) verrues supplémentaires *(*)*	9,35	
	plantaire		
+01225	première (P.G. 2.4.7.7 A)	21,00	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune maximum dix (10) verrues supplémentaires par séance *(*)*	5,25	
+01227	en mosaïque (excision totale) par séance (P.G. 2.4.7.7 A)	64,45	
+01224	excision totale et plastie	95,80	3
	NOTES : **1)** Si fait au Laser, le tarif est majoré de 50 %. MOD 056. **2)** Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.		
	Cautérisation		
	Électrocoagulation		
+01300	première lésion (P.G. 2.4.7.7 B)	7,00	2
+	lésion supplémentaire	2,00	
+	maximum par séance	19,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne, inscrire le nombre total de lésions dans la case* UNITÉS.		

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de verrues dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs). (Cet acte comprend l'exérèse de la lésion maligne, la destruction chimiochirurgicale par l'application de substance chimiothérapeutique sur les lésions résiduelles, les prélèvements biopsiques en cours de traitement)		
+01302	première couche	226,80	
+	chaque couche supplémentaire. (maximum : quatre (4) couches supplémentaires)	28,35	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne, inscrire 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	510,25	17

Réparation de plaies (débridement compris)

Lacérations simples

face et cou

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

+01320	moins de un (1) cm	26,30	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	37,10	
+	par cm supplémentaire *(*)*	10,00	
+----	valeur maximum en établissement	226,30	
+----	valeur maximum en cabinet	237,10	

autres localisations

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

+01323	moins de un (1) cm	16,95	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,95	
+	par cm supplémentaire *(*)*	4,40	
+----	valeur maximum en établissement	135,75	
+----	valeur maximum en cabinet	147,75	

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Lacérations compliquées		
	NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.		
	À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.		
	face et cou		
+01322	moins de deux centimètres et demi (2,5 cm).	70,10	4
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	79,80	
+	par deux centimètres et demi (2,5 cm) supplémentaires	42,05	
+	Maximum payable en établissement pour l'ensemble des plaies	700,85	
+	Maximum payable en cabinet pour l'ensemble des plaies.	710,55	
	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 (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*.	C.S.	4
	Plaie		
	exploration d'une plaie sous anesthésie		
+01326	exploration, sans réparation, d'une plaie complexe, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7 A)	33,45	2
	débridement isolé de plaie (excluant les brûlures)		
	NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaies lorsqu'elles sont faites en même temps.		
+01327	chaque unité de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A).	4,70	3
+	valeur maximum.	79,90	
	AVIS : *Utiliser une ligne par site en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case* UNITÉS.		
01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse) (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	C.S.	4

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2

Brûlures

simples (1er degré) *inclus dans le tarif de l'examen ou autre service associé*
importantes (2e et 3e degré)
traitement initial, incluant débridement et pansement

+01330	moins de 10 % de la surface corporelle	27,00	2
+----	en cabinet	38,05	2
+01331	entre 10 à 30 %	89,45	2
+01332	plus de 30 %	138,55	4
	traitement subséquent, incluant débridement		
+01800	changement de pansements de 20 cm carrés ou plus, par quart d'heure *(**)*	20,35	2
+01334	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant débridement	146,70	6
01333	étendues *(*)*	C.S.	7
+01321	injection multiples de Kenalog sous anesthésie générale ou dans un centre désigné, par quart d'heure *(**)*	54,15	5

NOTE : les centres désignés sont le Pavillon Hôtel-Dieu du CHUM et l'Hôpital Villa-Médica. Dans ces centres désignés, les examens fait au chevet du patient hospitalisé au cours des quinze jours de l'intervention, sont payables.

Micro-greffe capillaire

+01324	par unité folliculaire	2,20
+	maximum par séance	2 750,00
+	maximum par patient	5 500,00

AVIS : *Un maximum de 250 unités doit être facturé par ligne. Un numéro d'autorisation doit être accordé au préalable par la Régie et inscrit dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Veuillez joindre le compte rendu opératoire.*

Greffes cutanées ou greffes cultivées

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

+01335	Prélèvement de greffon cutané par un médecin autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	85,90	3
	Xénogreffe cutanée		
+01370	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	64,60	2
+01371	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	125,00	2

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*
(**) Rôle 1 : utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS*.*

		R = 1	R = 2
01372	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés	245,45 1,20	2

AVIS : *Le chiffre inscrit dans la case* UNITÉS *doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm^2 excédant 600 cm^2 plus un (1).*

Greffes par glissement, rotation ou transposition

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (P.G. 2.4.7.7 A)	135,30	3
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	156,25	3
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse	236,80	3
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané	530,85	5
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	736,30	5
	avec microchirurgie	(Voir greffe libre)	
	sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez		
01368	en un temps	156,25	3
01369	en deux temps	226,80	4
01336	gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter	510,25	7

Greffe pédiculée (à distance)

	stage majeur		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse	198,45	5
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse	255,10	6
	stage secondaire		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe	141,70	4
01383	section du pédicule ou fermeture tardive	113,35	3
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	58,95	3

Greffe libre

01362	bout du doigt (P.G. 2.4.7.7 A)	52,75	4
01363	doigt, plus qu'une phalange (P.G. 2.4.7.7 A)	120,30	4
	tête et cou		
01350	moins de vingt-cinq (25) cm carrés	200,00	4
01351	vingt-cinq (25) cm carrés à cinquante (50) cm carrés	260,80	5
01352	plus de cinquante (50) cm carrés	368,20	5
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	221,10	4
01356	cavité nasale	136,10	3
01357	cavité buccale	170,05	3
01358	sous une greffe pédiculée	93,75	3

		R = 1	R = 2
01359	cavité osseuse importante	136,10	3
	autres régions		
01341	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	130,00	3
01342	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	235,80	3
01343	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés *(*)*	490,90	3
	chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés *(*)*	5,00	
	maximum par séance	740,90	
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil	283,50	7
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	750,00	14
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	680,30	14
01425	lambeau libre microanastomosé incluant prise du greffon pédicule vasculaire, un (1) ou plusieurs	1 587,30	17
01426	pédicule neurovasculaire, un (1) ou plusieurs	1 700,75	17
01427	cutané supplément	113,35	
01428	musculaire, supplément	113,35	
01429	osseux, supplément	113,35	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	185,00	
01431	nerveuse, supplément	125,00	
01387	Lambeau jambes croisées	453,50	7
01389	Prélèvement de fascia lata	65,80	6
01394	Reconstruction du mamelon par greffe	198,45	3

\# ***AVIS :*** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements *(**)*	141,70	4

Dermabrasion : Sablage

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage		
01390	face entière pour cicatrices	243,75	2
01310	plus de cinquante (50) cm carrés *(**)*	176,85	4
01311	de vingt-cinq (25) cm à cinquante (50) cm carrés *(**)*	113,35	4
01312	de zéro (0) à vingt-cinq (25) cm carrés *(**)*	85,05	3

AVIS : *(*) Le nombre inscrit dans la case* UNITÉS *doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm² excédant 600 cm² plus un (1).*

(**) Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsqu'il s'agit de cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

		R = 1	R = 2
	Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales		
	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
01405	moins de quatre (4) cm (P.G. 2.4.7.7 A) *(**)*	85,90	3
01406	de quatre (4) cm à dix (10) cm *(**)*	113,35	3
01416	de onze (11) cm à vingt (20) cm *(**)*	170,05	4
01417	de vingt et un (21) cm et plus *(**)*	240,40	3

AVIS : *(*) Le nombre inscrit dans la case* UNITÉS *doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm² excédant 600 cm² plus un (1).*

(**) Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, *le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsqu'il s'agit de cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou

01437	moins de quatre (4) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A).	85,90	3
01438	de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés	113,35	3
01439	de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés.	170,05	4
01440	de vingt et un (21) cm carrés et plus	240,40	3

NOTE : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.

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

Le médecin doit conserver, pour une période minimale de cinq (5) ans de la date du dernier traitement, un document photographique illustrant l'état avant traitement de la portion du visage ou du cou traitée.

Seins

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7 B).	70,10	4

Excision

01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein	176,10	4
01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	230,00	4
01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne.	209,50	4
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	558,60	4

		R = 1	R = 2
01230	Mastectomie simple ou totale	373,75	4
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
01233	unilatérale	260,80	4
01234	bilatérale	423,40	4
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	AVIS : *Inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte* ***01233*** *ou* ***01234*** *est facturé.*		
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	638,50	5
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	765,75	7
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse	150,00	3
	NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique		
01235	Excision du mamelon	68,70	3

Réparation

\# ***AVIS :*** *Lorsque les codes d'acte* ***01401***, ***01402***, ***01407***, ***01410***, ***01419*** *et* ***01465*** *sont facturés, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Toutefois, toute intervention chirurgicale liée à un processus de reconstruction ipsi ou controlatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes d'acte ***01401***, ***01402***, ***01403***, ***01407***, ***01410***, ***01419 et 01465****. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Lorsque le code d'acte ***01435*** *est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, inscrire le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 1	R = 2
01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale . . .	317,45	5
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 184,85	9
	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal		
01407	sans implant.	736,95	9
01410	avec implant	850,35	9
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	218,25	
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale.	386,65	5
01435	bilatérale	683,35	5
#	***AVIS :*** *La réduction mammaire unilatérale ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes) et la réduction mammaire bilatérale 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	71,60	
01465	Mastopexie	368,45	5
01408	Exérèse de prothèse mammaire.	39,65	3
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie	158,75	3
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise)	283,50	3

		R = 1	R = 2
	Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement		
01418	Exérèse des glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose	113,35	2
	Exérèse des glandes sudoripares pour hydrosadénite suppurée		
01412	sans greffe (P.G. 2.4.7.7 A)	153,40	2
01413	avec greffe	170,05	2
	Fistule cutanée		
01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	56,25	3
01415	Profonde sous-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	90,65	3
	Chirurgie plastique		
	AVIS : *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 1.1.2 du préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.*		
01451	Intervention très mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	45,80	3
01452	Intervention mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	92,05	4
01453	Intervention moyenne (P.G. 2.4.7.7 A)	146,90	4
01454	Intervention majeure (P.G. 2.4.7.7 A)	198,45	5
01455	Intervention très importante	355,80	9
01460	Modelage facial *(*)*	453,50	5
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	C.S.	10
	Implantation de matière allogène :		
01456	Fil d'Orion	147,40	2
01458	Pectus excavatum *(*)*	283,50	4
01459	À la face pour combler dépression post-traumatique	141,70	4
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez	130,40	3
01463	Mise en place sous-cutanée d'une prothèse gonflable de distension cutanée, incluant les gonflements *(*)*	283,50	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente *(*)*	187,00	4

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.*

INDEX

Page

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER **G-2**

CRÂNE ET FACE **G-5**

SQUELETTE AXIAL **G-7**
Colonne vertébrale **G-7**
Thorax **G-13**
Bassin **G-13**

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS **G-15**
Épaule **G-15**
Bras (humérus) **G-18**
Coude **G-20**
Avant-bras **G-21**
Main et poignet **G-24**

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS **G-30**
Hanche **G-30**
Cuisse **G-32**
Fémur **G-32**
Genou **G-35**
Tibia et péroné **G-38**
Cheville **G-40**
Pied **G-42**

BOURSE SÉREUSE **G-47**

MUSCLES **G-47**

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS **G-48**

DIVERS **G-49**

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 DÉFINITIONS

1.01 Os mineur : un os de la main ou du pied à l'exception du calcanéum et l'astragale.

1.02 Os majeur : tout autre os.

1.03 Réduction ouverte : procédé chirurgical du traitement d'une fracture ou d'une luxation comportant soit l'exposition du site, soit la fixation interne par des moyens intramédullaires, soit la fixation par un appareil externe ou par l'incorporation de trois (3) broches ou plus dans un plâtre, et l'immobilisation, le cas échéant.

1.04 Réduction fermée : la mobilisation d'une fracture ou d'une luxation et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et l'immobilisation.

La seule immobilisation d'une fracture ne constitue pas une réduction fermée.

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

1.05 Chirurgie : une intervention visée par ce préambule.

2.00 RÈGLES D'APPLICATION

2.01 Nonobstant le préambule de chirurgie, lorsque les soins post-opératoires sont dispensés par un médecin autre que celui qui a exécuté la chirurgie initiale ou à qui sont confiés ces soins selon les modalités établies au paragraphe 2.04 ci-après, cet honoraire ne couvre pas les services médicaux qui sont dispensés à un patient postérieurement à un transfert interétablissement.

AVIS : *Veuillez vous référer à l'article 2 du préambule particulier de la chirurgie.*

S'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation, cet honoraire couvre en outre tous les soins incidents sauf la reconstruction des tissus mous (peau et muscles), des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.

\+ L'honoraire pour une réduction de fracture ou de luxation d'un membre (*) ne couvre pas la rémunération des services postopératoires. Il en est ainsi de l'honoraire pour une chirurgie dont le tarif est de 57 $ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

Lors de réduction ouverte de fracture ou de luxation dont le tarif est soumis à l'article 2.01, 3^{e} alinéa, la rémunération de l'assistance chirurgicale est fixée à 30 % du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 15 % (R=4) ***(MOD 050)*** du taux établi pour les autres actes.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

\+ **2.02** Lors du traitement chirurgical, pour une ou plusieurs fractures ou luxations, d'un patient qui a subi un dommage au système nerveux central ou périphérique pour lequel il n'est pas suivi par un autre médecin, le médecin qui pose l'acte chirurgical est, pour un examen postopératoire effectué au-delà du quinzième jour de l'intervention, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

(*) membre : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs

2.03 Lors du traitement d'une fracture ou d'une luxation d'un membre *(*)*, le médecin est rémunéré selon les services qu'il rend conformément aux règles de tarification prévues à l'entente générale sauf disposition contraire au tarif.

2.04 Le médecin qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation ou de toute autre intervention orthopédique, et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors l'article du préambule de chirurgie concernant les soins postopératoires confiés à un autre médecin. Cependant, dans le cas d'une réduction fermée, on partage, en parts égales, les honoraires entre le médecin qui pose un acte chirurgical et le médecin traitant ***(MOD 027)***.

Toutefois, cet article ne s'applique pas aux réductions de fracture et de luxation des membres *(*)* qui sont soumis à l'article 2.01, 3e alinéa.

AVIS : *Le médecin qui facture des frais postopératoires doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

2.05 Lorsqu'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs, le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au plein tarif pour chaque réduction ***(MOD 010)***.

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un (1) ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif ***(MOD 050)*** pour le traitement de chaque os mineur.

Lorsqu'il s'agit de fractures multiples d'un même os, un seul honoraire est exigible.

Lorsqu'il y a deux (2) fractures du même os dont l'une est reliée à une articulation et qu'il y a réduction ouverte par des voies d'approche différentes, on accorde le plein tarif pour la réduction principale et le demi-tarif pour l'autre ***(MOD 049)***.

Lorsque les deux (2) fractures sont reliées à une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture ***(MOD 029)***.

2.06 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est, s'il y a réduction ouverte, majoré de la moitié ***(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 2.06 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

2.07 Le médecin qui doit reprendre une réduction fermée a droit, pour la seconde réduction, au plein tarif.

Ce médecin n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée supplémentaire.

2.08 Le médecin n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique, lors de la même séance, une réduction ouverte sur le même site.

(*) membres : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs.

+ **2.09** On accorde un honoraire de 110 $ au 1er janvier 2012 et de 114 $ au 1er juin 2013 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 030).

+ On accorde un honoraire de 55 $ au 1er janvier 2012 et de 57 $ au 1er juin 2013 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 064).

+ On accorde un honoraire de 110 $ au 1er janvier 2012 et de 114 $ au 1er juin 2013 pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction (MOD 169).

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur **169**, veuillez vous référer à l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *du présent manuel.*

2.10 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés selon le tarif de la réparation de plaie.

2.11 Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

2.12 Le médecin a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

2.13 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif ***(MOD 134)***.

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)***.

2.14 La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée ***(MOD 172)***.

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur **172**, veuillez vous référer à l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *du présent manuel.*

		R = 1	R = 2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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

Arthroplastie

+02339	temporo-mandibulaire unilatérale	512,45	5

Biopsie

+09550	ouverte (unique ou multiple)	175,75	4

Manipulation sous anesthésie générale

+02862	temporo-mandibulaire	28,45	3

Excision

+02206	condylectomie unilatérale	281,25	3
+09551	tumeur bénigne	323,05	4
+09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	426,30	5
+02112	hémimandibulectomie	306,25	4
+02203	mandibulectomie totale	442,20	7
+02204	maxillectomie supérieure totale	448,75	7
+02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	544,20	11
+02207	méniscectomie temporo-mandibulaire	255,10	3

Fractures

	arcade zygomatique :		
+02512	réduction ouverte	119,50	4
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis au paragraphe 2.06 de l'appareil du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
+07500	dure-mère intacte	419,55	9
+07501	avec déchirure de la dure-mère	481,85	9
+07502	avec traumatisme cérébral important	470,55	9
+07503	intéressant les sinus	505,65	9
+07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	510,25	9
	fracture ouverte avec enfoncement		
+07505	dure-mère intacte	419,55	9
+07506	avec déchirure de la dure-mère	524,90	9
+07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	634,95	14

		R = 1	R = 2
	maxillaire inférieur		
+02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	69,95	
+02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	217,80	3
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
+02520	unilatérale	542,45	5
+02521	bilatérale	731,30	7
+02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	187,00	4
+02523	méniscectomie	256,25	3
+02524	ablation de l'apophyse coronoïde	87,30	2
	maxillaire supérieur		
+02502	fixation inter-maxillaire	164,40	3
+02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	312,95	4
+02515	réduction ouverte	187,00	6
+02516	fracture 1/3 moyen de la face	610,00	9
+02518	disjonction cranio-faciale	680,30	11
	nez		
+02527	réduction	100,70	3
	os malaire		
+02507	réduction fermée	73,75	4
	réduction ouverte		
+02513	simple	158,75	4
+02514	avec ostéosynthèse	340,15	4
+02522	par voie sinusale	255,10	4
	Incision et drainage		
+02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	562,55	3
+09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face	274,35	3
	Luxation		
	temporo-mandibulaire		
+02525	réduction fermée	74,15	3
+02526	réduction ouverte	175,85	3
	Ostéotomie		
+02017	maxillaire inférieur unilatéral	618,75	7
	maxillaire supérieur unilatéral		
+02018	sans greffe osseuse	530,20	9
+02019	avec greffe osseuse	653,10	14
+02009	ostéotomie dento-alvéolaire	438,75	9
+02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en deux (2) ou plusieurs sections	653,10	9
+02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	586,20	9
+02088	avec apertognathie ou latérognathie	664,40	11
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
+02089	par voie intracrânienne	1 224,50	17
+02090	par voie extracrânienne	1 088,40	14

		R = 1	R = 2
	Reconstruction		
+02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	396,85	11
+02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	395,75	11
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
+02443	voie intracrânienne	2 267,65	17
+02444	voie extracrânienne	1 700,75	17
+02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	476,20	9
	avancement total du maxillaire		
+02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 899,15	17
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement (ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
+02446	simple	1 241,30	14
+02447	en deux (2) segments	1 269,85	14
+02448	en trois (3) segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 625,00	17
+02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement	665,00	11
+02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	483,75	5

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

+02169	approche abdominale :	162,15	
+02170	approche thoracique :	374,20	
+02171	approche thoraco-abdominale :	561,20	

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8 du préambule particulier de chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

	greffe seulement		
+02915	un (1) niveau	600,95	9
+02916	deux (2) niveaux	600,95	9
+02917	trois (3) niveaux ou plus	721,10	11
	greffe avec instrumentation		
+02182	un (1) niveau	841,30	11
+02183	deux (2) niveaux	841,30	11
+02184	trois (3) niveaux ou plus	960,35	14

		R = 1	R = 2
+02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	299,35	5
+02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	113,35	3
	Biopsie		
+02119	corps vertébral	289,10	5
+02109	d'un élément postérieur	149,70	3
	Décompression		
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie		
+02755	lombaire	736,20	14
+02758	dorsale ou cervicale	778,95	14
+02763	avec greffe, supplément	311,80	
+02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	436,45	
+02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	498,85	
	NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par un autre médecin, celui-ci doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe »		
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
+02837	un niveau, supplément	561,20	
+02838	deux niveaux ou plus, supplément	623,65	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant		
	NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.		
	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale ou dorsale		
+02210	un (1) niveau	617,90	11
+02217	deux (2) niveaux ou plus	765,30	11

		R = 1	R = 2
	lombaire		
+02216	un (1) niveau	654,50	6
+	chaque niveau supplémentaire	101,30	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case* UNITÉS.		
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
+02910	un (1) ou plusieurs niveaux	834,45	11
	lombaire		
+02922	un (1) niveau	721,10	11
+02924	deux (2) niveaux ou plus	841,30	11
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
+02923	un (1) ou plusieurs niveaux	996,90	14
	lombaire		
+02022	un (1) niveau	841,30	11
+02024	deux (2) niveaux ou plus	960,35	14
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
+02173	un (1) niveau	784,95	11
+02196	deux (2) niveaux ou plus	778,95	11
	avec greffe et instrumentation		
+02140	un (1) ou plusieurs niveaux	810,65	14
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
+02087	un (1) niveau	494,40	11
+02111	deux (2) niveaux ou plus	563,50	11
	avec greffe		
+02117	un (1) niveau	721,10	11
+02124	deux (2) niveaux ou plus	841,30	11
	avec greffe et instrumentation		
+02128	un (1) niveau	841,30	11
+02136	deux (2) niveaux ou plus	960,35	11
	avec remplacement par prothèse		
+02942	un (1) niveau	907,10	11
+02947	deux (2) niveaux ou plus	1 133,75	14
	Excision		
+02123	apophyse épineuse	149,70	4
+02272	apophyse transverse	524,90	7
+02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	841,30	11
+02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 142,90	17
+02221	greffe et instrumentation, supplément	436,45	

		R = 1	R = 2
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
+02142	un niveau, supplément	561,20	
+02143	deux niveaux ou plus, supplément	623,65	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
+02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	413,75	5
	Fracture - colonne		
	NOTES : **1)** S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; ***(MOD 057)***		
	2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure),la deuxième chirurgie est payable à 90 %; ***(MOD 150)***		
	3) Si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif ***(MOD 058)*** et l'autre temps à un tiers du tarif. ***(MOD 059)***		
	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
+09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	325,25	4
	réduction ouverte		
+09570	approche postérieure	524,90	17
+09571	approche postérieure avec greffe osseuse	721,10	17
+09572	approche postérieure avec instrumentation	841,30	17
+09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	960,35	17
+09574	approche antérieure	494,40	17
+09575	approche antérieure avec greffe osseuse	721,10	17
+09576	approche antérieure avec instrumentation	761,90	17
+09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	960,35	17
+02226	vissage de l'odontoïde	1 048,80	17
	fracture sacrum		
+02582	réduction ouverte	331,30	3
	coccyx		
+02214	excision	162,05	3
	Incision et drainage		
	séquestrectomie et drainage		
+02044	par voie antérieure	721,10	9
+02045	par voie postérieure	481,25	5
+02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	600,95	11

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie		
	de la colonne		
+02025	un *(1)* niveau	1 021,15	11
+	chaque niveau supplémentaire *(*)*	162,00	
+	maximum	1 345,15	
	avec greffe		
+02003	un *(1)* niveau, supplément	300,45	
+02004	deux *(2)* niveaux, supplément	300,45	
+02005	trois *(3)* niveaux ou plus, supplément	360,60	
	avec greffe et instrumentation		
+02133	un *(1)* niveau, supplément	420,70	
+02134	deux *(2)* niveaux, supplément	420,70	
+02135	trois *(3)* niveaux ou plus, supplément *(*)*	481,85	
	Ponction (aspiration, injection)		
+02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	317,45	4
+02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	325,25	4
	Scoliose		
	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
+02450	premier niveau	598,65	11
+	niveau supplémentaire *(*)*	112,20	
+	maximum	710,85	
+02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 458,05	17
+02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément *(*)*	374,20	
	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
+02458	thoracique ou abdominale	600,95	14
+02459	thoraco-abdominale	750,30	17
+02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	149,70	
	avec instrumentation		
+02461	thoracique ou abdominale	1 200,70	14
+02462	thoraco-abdominale	1 351,50	17
+02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	144,40	

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

		R = 1	R = 2
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
+02228	premier niveau	464,85	11
+02229	par niveau relâché et greffé, supplément *(*)*	62,35	
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
+02283	temps antérieur	1 048,80	17
+02284	temps postérieur	825,45	17
+02293	temps combinés	1 224,50	17
+02340	avec instrumentation et greffe, supplément	436,45	
+02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	515,40	7
+02399	relâchement musculotendineux de la concavité	331,30	5
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
+02362	un niveau	598,65	5
+	niveau supplémentaire *(*)*	152,00	
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
+02369	thoracoplastie	450,10	5
+02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéloméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéloméningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	1 048,80	17
	tractions pour scoliose		
+02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	149,70	
+02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	300,45	6
+09555	exérèse de l'appareillage	124,75	3
+02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	155,70	

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

		R = 1	R = 2
	THORAX		
	Biopsie		
+02066	costale ouverte	239,65	4
	Excision		
+02114	de première côte	416,65	5
+02116	de côte cervicale	362,75	5
	de côte avec drainage		
+02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	374,95	5
+02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	888,90	9
	Fracture		
02539	de côtes, avec complication	C.S.	7
	AVIS : *Voir la règle 1.1.2, préambule général.*		
	du sternum		
+02533	réduction fermée	70,35	3
+02535	réduction ouverte	206,35	5
+02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	412,10	5
	Reconstruction - Réparation		
+02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondro plastie)	870,80	14
+02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	182,80	4
	BASSIN		
	Amputation		
+02215	hémipelvectomie	1 088,40	14
+09560	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 329,95	17
	Arthrodèse		
+02935	sacro-iliaque	524,90	7
	Biopsie osseuse		
+02062	ouverte	259,10	3
	Désinsertion		
+02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	375,30	3

		R = 1	R = 2
	Excision		
+02130	tumeur bénigne sans greffe	406,25	4
+02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	524,90	9
+02132	tumeur maligne sans greffe	450,10	7
+02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	651,95	9
	Exérèse		
+02519	de plaque et vis	282,50	7
+02528	de matériel symphyse pubienne	149,70	3
	Fractures		
+02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	248,75	4
+02584	acétabulum, réduction ouverte	662,55	7
+02580	acétabulum, avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 428,60	17
	bassin		
+02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	122,50	
+02583	réduction ouverte : pubis	524,90	6
	fracture de une *(1)* ou deux *(2)* colonnes		
+02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 200,70	14
+02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	1 191,30	14
	fracture de une *(1)* ou deux *(2)* colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
+02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 039,45	14
+02707	fracture de malgaigne instable avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 632,65	17
	Greffe osseuse		
+02774	greffe osseuse au bassin	370,75	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage		
+02775	abcès d'ostéomyélite	300,45	3
+02776	fenestration ou forage	225,65	4
+02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	232,40	3
	Luxation sacro-iliaque		
+02676	réduction fermée seule	63,20	3
+02567	réduction fermée, traction, spica, etc	142,40	4
+02572	réduction ouverte	721,10	7

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie		
+02000	type Salter	721,10	5
+02001	type Chiari ou « shelf »	841,30	7
+02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 142,90	17

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

ÉPAULE

Amputation

+02281	désarticulation gléno-humérale	625,15	5
+02282	désarticulation interscapulo-thoracique	870,80	9

Arthrodèse

+02925	gléno-humérale	721,10	7
+02965	scapulo-thoracique	619,05	9

Arthrolyse

+02973	gléno-humérale	650,50	7

Arthroplastie

+02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	650,50	4
+02407	prothèse totale gléno-humérale	1 003,90	7

Arthroscopie

+02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	213,15	4
+02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	281,85	4

Arthrotomie

	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02037	gléno-humérale	325,25	4

Biopsie

	clavicule ou omoplate		
+02084	à l'aiguille	22,10	3
+02085	ouverte	225,65	4

Examen et manipulation

+02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale	134,95	3

		R = 1	R = 2
	Excision		
+02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	345,05	4
+02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	262,55	3
+02220	tête humérale	338,35	4
+02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omovertébral	312,95	4
+02779	tumeur bénigne clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	450,10	5
+02780	tumeur maligne de la clavicule sans greffe	468,30	5
+02781	tumeur maligne de la clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	453,50	7
	Exérèse		
+02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate	134,95	3
	AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*		
+02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	209,75	4
+02976	de prothèse simple	300,45	4
+02977	de prothèse totale	375,30	5
	Fracture		
	clavicule		
+02559	immobilisation simple	43,80	2
+02537	réduction ouverte *(*)*	353,70	4
	omoplate		
+02534	réduction fermée *(*)*	76,15	4
+02536	réduction ouverte, col et/ou glène *(*)*	476,20	6
	Greffe		
+02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate	325,25	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Luxation		
	acromio-claviculaire		
+02545	réduction fermée *(*)*	47,45	3
+02548	réduction ouverte *(*)*	358,55	5

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	gléno-humérale		
+02546	réduction fermée *(*)*	76,15	3
+02549	réduction ouverte *(*)*	537,20	4
+02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	426,25	5
+02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	610,30	5
+02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	717,10	5
	sterno-claviculaire		
+02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement *(*)*	47,45	3
+02547	réduction ouverte *(*)*	358,55	5
	Ostéotomie		
+02095	clavicule	300,45	4
+02094	omoplate	375,30	5
	Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant		
+02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	255,70	4
+02145	pour rupture du tendon du biceps distal	426,25	5
	coiffe des rotateurs		
+02156	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	537,20	4
+02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	619,30	5
+02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	496,25	4
	Scapulopexie		
+02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	721,10	7
	Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)		
+02231	gléno-humérale	450,10	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	Transposition		
+02857	un tendon	414,15	3
+02858	deux tendons ou plus	511,35	4
+02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps	130,95	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^{e} alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	BRAS (HUMÉRUS)		
	Allongement ou correction incluant l'ostéotomie		
	Allongement		
+02892	avec ou sans greffe	1 080,55	7
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
+02839	un (1) niveau	750,60	11
+02840	deux (2) niveaux	1 178,15	14
+02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	926,35	11
	Amputation		
+02280	au bras	437,25	4
	Biopsie osseuse		
+02174	à l'aiguille	24,40	3
+02175	ouverte	225,65	3
	Excision		
	tumeur bénigne		
+02176	sans greffe	225,65	4
+02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	524,90	5
+02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	825,45	14
	tumeur maligne		
+02178	sans greffe	600,95	6
+02179	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant	721,10	7
+02181	extensive avec reconstruction	1 058,75	14
+02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	1 351,50	17
+02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	232,40	5
----	excision de la tête humérale		(Voir épaule)
	Exérèse		
+02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus	148,85	4
	AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*		
+02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal	193,25	4
+02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	312,95	4
	Fasciotomie		
+02011	au bras	248,75	4

		R = 1	R = 2
	Fractures		
	col chirurgical sans luxation de la tête		
+02605	réduction fermée *(*)*	96,35	4
+02568	réduction fermée et fixation percutanée *(*)*	318,05	5
+02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant *(*)*	622,60	5
	col chirurgical avec luxation de la tête		
+02606	réduction fermée *(*)*	151,55	4
+02598	réduction fermée et fixation percutanée *(*)*	386,65	5
+02631	réduction ouverte *(*)*	650,50	5
+02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	780,60	7
	trochin-trochiter		
+02632	réduction ouverte *(*)*	375,30	5
	diaphyse		
+02608	réduction fermée *(*)*	152,25	4
+02633	réduction ouverte *(*)*	711,45	5
+02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément sus ou transcondylienne	96,05	
+02609	réduction fermée *(*)*	175,30	4
+02640	réduction fermée et fixation percutanée *(*)*	325,25	4
+02634	réduction ouverte *(*)*	717,10	5
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
+02610	réduction fermée *(*)*	74,95	4
+02912	réduction fermée et fixation percutanée *(*)*	255,70	5
+02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée *(*)*	358,55	5
+02921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée *(*)*	386,65	5
	Greffe osseuse		
+02363	humérus NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.	257,75	5
	Incision et drainage		
+02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	299,35	4
	Ostéotomie		
+02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant	408,15	5

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	COUDE		
	Amputation		
+02279	désarticulation au coude	188,20	3
	Arthrodèse		
+02927	du coude	524,90	5
	Arthrolyse		
+02983	radio-humérale	325,25	4
+02984	huméro-cubitale et radio-humérale	450,10	7
+02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 001,15	11
	Arthroplastie		
+02371	simple	524,90	5
+02404	par prothèse totale	841,30	7
	Arthroscopie		
+02985	du coude	149,70	4
+02986	du coude avec biopsie	136,10	4
+02987	du coude avec exérèse de corps étranger	225,65	4
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02039	du coude	165,05	3
+02510	du coude pour arthrite septique	300,45	4
	Désinsertion		
+02042	épicondyliens ou épitrochléens	162,05	3
	Examen et manipulation		
+02834	Examen et manipulation, sous anesthésie générale	124,75	3
	Excision		
+02222	tête radiale	325,25	4
+02230	tête radiale avec remplacement	375,30	3
	Exérèse		
+02988	de prothèse simple	149,70	4
+02989	de prothèse totale	325,15	5

		R = 1	R = 2
	Luxation		
+02662	réduction fermée *(*)*	99,45	3
+02668	réduction ouverte *(*)*	406,25	4
+02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow)	51,95	3
	Neurectomie		
+02129	neurectomie	325,25	5
	Réparation		
+02197	de rupture ligamentaire	300,45	4
	Reconstruction		
+02159	ligamentaire du coude	496,25	5
	Synovectomie		
+02232	du coude	325,25	5
	AVANT-BRAS		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement cubitus ou radius, ou les deux		
+02538	avec ou sans greffe	375,30	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02541	un (1) niveau	1 080,55	11
+02542	deux (2) niveaux	1 200,70	14
+02543	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 080,55	11
	Amputation		
+02278	amputation	318,60	3
	Biopsie - radius ou cubitus		
+02991	à l'aiguille	44,25	3
+02992	ouverte	248,75	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	Excision		
+09548	olécrâne avec ou sans fascia plastie	248,75	4
	tumeur - radius ou cubitus		
+02993	tumeur bénigne	165,05	4
+02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	600,95	7
+02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	841,30	11
+02995	tumeur maligne	544,20	7
+02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	721,10	7
+02997	résection extensive et reconstruction	841,30	14
+02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	960,35	14
+02723	avec prothèse, supplément	187,00	2
	Exérèse		
+02315	plaque et vis - radius	165,05	4
+02314	plaque et vis - cubitus	165,05	4
+02316	plaque et vis - radius et cubitus	300,45	4
+02317	clou ou broche - radius ou cubitus	148,85	3
+02998	clou ou broche - radius et cubitus	130,95	3

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du Préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

	Fasciotomie		
+02020	un compartiment	413,75	4
+02021	deux ou plusieurs compartiments	578,75	5
	Fractures		
+02612	olécrâne - réduction fermée *(*)*	75,25	3
+02636	olécrâne - réduction ouverte *(*)*	331,30	4
	fracture de Monteggia		
+02624	réduction fermée *(*)*	96,35	4
+02649	réduction ouverte *(*)*	413,75	5
	diaphyse, apophyse coronoïde		
+02570	réduction fermée *(*)*	55,80	3
+02571	réduction ouverte *(*)*	413,75	5
	fracture - cubitus seul		
+02586	réduction fermée *(*)*	99,45	4
+02587	réduction ouverte *(*)*	358,55	4
	fracture - radius seul		
+02589	réduction fermée *(*)*	91,35	3
+02599	réduction ouverte *(*)*	406,25	5
	fracture - radius et cubitus		
+02651	réduction fermée *(*)*	121,75	3
+02652	réduction ouverte *(*)*	620,25	7

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^{e} alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	fracture épiphyse distale - radius et cubitus		
+02654	réduction fermée intra ou extra-articulaire *(*)*	106,60	3
+02735	réduction fermée et fixation par broches *(*)*	209,75	4
+02736	réduction ouverte *(*)*	447,95	5
	tête ou col du radius		
+02769	réduction fermée *(*)*	95,40	3
+02361	réduction fermée et embrochage percutané *(*)*	213,15	4
+02770	réduction ouverte *(*)*	327,10	5
	Greffe		
+02359	cubitus	300,45	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02358	radius	300,45	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02360	radius et cubitus	387,75	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage		
+02900	radius	331,30	4
+02901	cubitus	331,30	4
+02902	radius et cubitus	568,25	5
	Séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
+02903	radius	375,30	3
+02904	cubitus	375,30	4
+02905	radius et cubitus	512,45	7
	Ostéotomie		
+02906	radius ou cubitus	413,75	3
+02907	radius et cubitus	578,75	7
	Reconstruction		
+02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	721,10	7

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
+02908	cubitus ou radius avec ou sans greffe.	447,95	4
+02909	cubitus et radius avec ou sans greffe	476,20	7
+09579	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	213,80	4
+09580	Transfert tendineux à l'avant-bras	375,30	5
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale		
+02389	Transposition et réinsertion d'un muscle à l'avant-bras . .	412,60	4
+	maximum	825,20	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
	MAIN ET POIGNET		
	Amputation		
+02271	amputation d'une (1) ou plusieurs phalanges d'un doigt	142,10	4
+02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne	142,10	4
+09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges	232,40	3
+02275	amputation de la main transmétacarpienne	226,80	3
+02276	désarticulation du poignet	375,30	3
	Allongement		
+02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 612,60 $)	204,20	4
	Arthrodèse		
+02928	pouce	390,35	4
+02929	doigt	261,70	4
+02926	poignet	524,90	4
	Arthrolyse		
+02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	750,60	11
	Arthroplastie		
+02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques	251,60	4
+02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	450,00	5
+02372	poignet	300,45	6
+02409	prothèse totale du poignet	600,95	7
+02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse	568,25	5

		R = 1	R = 2
	Arthroscopie		
+02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale	175,75	4
+02958	avec débridement, supplément	120,30	
+02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	175,75	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par jour.		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation		
	NOTE : Les actes 02040, 02932, 02038 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	99,90	3
+02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique	224,95	4
+02038	poignet	136,10	3
+02933	poignet avec arthrite septique	300,45	4
	Biopsie		
+02934	à l'aiguille, main et poignet	45,95	3
+02939	ouverte, main et poignet	131,25	4
	Décompression		
+02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transversé du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique	175,85	3
	NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de dix (10) cm intéressant au moins deux (2) tendons fléchisseurs (C.S.)		
	AVIS : *Voir règle 1.1.2, du préambule général.*		
+02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien	218,75	3
	Excision		
+02219	carpe, un (1) os ou plusieurs	232,40	4
+02895	méniscectomie radio-cubitale	272,15	3
+02139	extrémité inférieure (styloïde radiale) ou exostose du radius avec ou sans remplacement de l'extrémité distale du radius	225,65	4
+02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale) ou exostose du cubitus avec ou sans remplacement de la tête cubitale	149,70	4

		R = 1	R = 2
	tumeur bénigne		
+02783	phalange, métacarpien (P.G. 2.4.7.7.A)	131,25	4
	AVIS : *Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
+02784	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant . .	209,85	3
+02785	carpe	149,70	4
+02786	carpe avec greffe	351,50	7
	tumeur maligne		
+02787	phalange, métacarpien	225,65	3
+02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant .	256,25	4
+02789	carpe	353,90	6
+02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse. . . .	476,20	7
+02791	résection extensive et reconstruction	634,95	14
	Exérèse		
	prothèse		
+02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	145,00	3
+02650	carpe	225,65	4
+02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges, métacarpiens et carpe	156,25	4
	Fractures		
	carpe (un (1) ou plusieurs os, scaphoïde et semi-lunaire exceptés)		
+02618	réduction fermée *(*)*	99,45	4
+02642	réduction ouverte *(*)*	244,20	5
	scaphoïde, semi-lunaire		
+02620	réduction fermée *(*)*	99,45	3
+02643	réduction ouverte *(*)*	325,25	5
	métacarpien		
+02621	réduction fermée, un (1) ou plusieurs *(*)*	52,75	3
+02616	réduction ouverte, ou réduction fermée et fixation par broche transosseuse *(*)*	243,55	4
	fracture de Bennett		
+02622	réduction fermée *(*)*	52,75	3
+02627	réduction fermée et fixation par broche transosseuse *(*)*	193,85	4
+02646	réduction ouverte *(*)*	277,40	4
	phalange proximale et/ou moyenne (P1-P2)		
+02623	réduction fermée *(*)*	47,45	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	13,20	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
02225	réduction fermée et embrochage percutané *(*)*	144,40	4
02647	réduction ouverte *(*)*	209,75	4
	phalange distale (P3)		
02626	réduction fermée *(*)*	32,05	3
02628	réduction fermée et fixation par broche transosseuse *(*)*	128,70	3
02648	réduction ouverte *(*)*	156,90	4
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée	162,35	4
	Fascia		
02554	fasciotomie compartiment interosseux, un (maximum)	142,10 284,20	4
	pour maladie de Dupuytren		
02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z	209,75	4
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z	284,10	6
	Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux		
02658	métacarpe, phalange NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	232,40	4
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	193,95	3
02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	442,10	4
	Incision et drainage		
02682	phalange, métacarpien	178,60	4
02697	carpe	131,50	3
	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
02698	phalange, métacarpien	119,05	4
02699	carpe	193,95	5
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse	149,70	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	Luxation		
	interphalangienne		
02666	réduction fermée, une (1) *(*)*	33,75	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,55	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
02671	réduction ouverte *(*)*	160,95	4
	métacarpo-phalangienne		
02664	réduction fermée, une (1) *(*)*	47,45	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,50	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
02670	réduction ouverte *(*)*	154,75	4
	poignet		
02663	réduction fermée *(*)*	96,35	3
02669	réduction ouverte *(*)*	406,25	5
	carpo-métacarpienne		
#02677	réduction fermée *(*)*	47,45	3
02678	réduction ouverte *(*)*	225,65	4
02679	réduction fermée avec broche percutanée *(*)*	152,95	4
	Manipulation d'articulation sous anesthésie générale		
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	28,45	3
02835	poignet	134,95	3
	Ostéotomie		
02706	phalange proximale	224,95	3
02713	phalange moyenne	136,10	4
02717	phalange distale	162,35	4
02718	métacarpe	136,10	3
	Réparation		
02898	ligaments métacarpo-phalangiens	209,75	4
02198	ligaments du poignet	282,95	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	Reconstruction ligamentaire		
+02726	métacarpo-phalangienne	248,95	4
+02160	poignet avec greffe de tissus	221,10	5
	Synovectomie		
+02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	142,10	4
+02741	poignet	256,25	5
	Syndactylie		
+02377	avec greffe de commissure	408,15	4
	Ténotomie corrective		
+02050	un (1) doigt	126,15	4
+02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet	133,90	3
	Tendon		
+02368	transplantation d'un (1) doigt sur un (1) doigt adjacent sauf pollicisation	312,55	5
+09582	pollicisation ou transfert d'un (1) doigt à un (1) doigt non adjacent	544,20	7
+09583	Transfert tendineux, poignet ou main	449,00	5
+	maximum	898,00	
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
+09585	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	380,25	4
	Reconstruction d'un tendon (greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies		
+09586	en un (1) temps	408,15	7
	en deux (2) temps		
+09587	premier temps	408,15	7
+09588	deuxième temps	368,20	5

		R = 1	R = 2
	EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS		
	HANCHE		
	Amputation		
+02296	désarticulation de la hanche	841,30	11
	Arthrodèse		
+02936	primaire	841,30	11
+02930	post résection de tête fémorale	839,00	14
	Arthroscopie		
+02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire	386,65	3
	Arthroplastie		
	Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)		
+02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	709,75	7
+02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	767,95	9
+02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	987,85	11
+02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	1 130,25	11
	remplacement de prothèse totale après infection :		
+02249	en un *(1)* seul temps (incluant exérèse de prothèse)	1 299,65	14
	en deux *(2)* temps :		
+02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire)	563,75	9
+02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	809,95	11
+02614	prothèse totale après arthrodèse	1 323,80	17
+02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 376,70	17
	NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un autre médecin		
+02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	703,00	9
+02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	823,50	11
+02342	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire	1 257,35	14
+02261	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément	286,45	3
+02262	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	288,25	3
+02263	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	501,30	3

		R = 1	R = 2
+02266	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément. . . .	501,30	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02261, 02262, 02263 et 02266 ne peuvent être facturés avec les codes d'actes 02747, 02748, 02702, 02700, 02500 et 02501.		
	Arthrotomie		
+02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation.	525,45	4
	Excision		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)		
+02320	prothèse simple.	537,20	4
+02321	prothèse totale	650,50	7
+02794	clous ou vis	207,85	4
+02795	clou-plaque, plaque et vis	413,75	5
	Luxation		
	traumatique		
+02619	réduction fermée sans anesthésie *(*)*	91,90	
+02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale *(*)*.	213,15	4
+02757	réduction ouverte *(*)*	717,10	7
	congénitale (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
+02747	unilatérale	378,80	4
+02748	bilatérale	387,75	4
+02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	841,30	7
+02700	réduction ouverte (incluant spica)	721,10	7
+02500	avec ostéotomie du bassin	927,50	9
+02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 022,70	14
	Examen et manipulation		
+02849	sous anesthésie régionale ou générale	75,75	3
+02483	pour nécrose avasculaire incluant spica et, le cas échéant, les ténotomies	193,25	14
	Synovectomie		
+02252	complète	650,50	7
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	Ténotomie		
	adducteurs		
+02074	fermée	124,75	3
+02079	ouverte	149,70	3
+02081	psoas	225,65	3
+02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	524,90	5
	Transposition et réinsertion tendineuse		
+02432	abdominale	283,50	4
+02433	psoas iliaque	761,90	7
	CUISSE		
+02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat	165,05	4
+02295	amputation de la cuisse	555,70	6
+02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	721,10	7
+02041	fasciotomie fémorale	300,45	4
	FÉMUR		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
+02349	avec ou sans greffe	960,35	14
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02376	un (1) niveau	1 080,55	14
+02378	deux (2) niveaux	1 251,75	17
+02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	979,60	11
+02484	fasciectomie préalable à l'allongement	300,45	4
	Biopsie		
+02796	à l'aiguille	45,95	3
+02797	ouverte	225,65	4
+02719	forage et décompression de la tête fémorale	255,70	5
+02720	avec greffe osseuse, supplément	129,75	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Épiphysiodèse		
+02950	fémur par greffe	524,90	4
+02952	fémur et tibia par greffe	600,95	5
+02953	fémur par crampons (agrafe)	450,10	4
+02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	524,90	4
+02798	grand trochanter	263,05	4

		R = 1	R = 2
	Excision		
+02240	tête et col	524,90	4
	tumeur bénigne col et/ou tête		
+02799	sans greffe	650,50	5
+02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	860,55	7
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+02802	sans greffe	361,75	4
+02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	662,55	7
+02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 200,70	14
	tumeur maligne		
+02808	sans greffe	662,55	7
+02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	795,00	7
+02812	résection extensive et reconstruction	1 462,90	14
+02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 351,50	17
+02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	276,75	4
	Exérèse de matériel		
+02307	bande métallique (une ou plusieurs)	165,05	4
+02310	clou, incluant le verrouillage proximal	321,60	4
+02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	354,50	4
+02899	plaque et vis	358,55	4
+02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	68,75	3
	Fracture		
	col ou intertrochantérienne		
+02637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins *(*)*	144,40	4
+02638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans *(*)*	165,05	4
	réduction ouverte		
+02687	vis percutanée *(*)*	496,25	7
+02716	clou et plaque *(*)*	622,55	9
+02714	greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	719,95	9
	col ou pertrochantérienne		
+02739	réduction ouverte et ostéotomie *(*)*	650,50	9
+02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	618,50	7
+02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	85,95	
	sous trochantérienne		
+02742	réduction ouverte *(*)*	846,15	9

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne		
+02690	réduction fermée avec ou sans anesthésie *(*)*	357,25	4
+02673	réduction ouverte fixation interne ou externe *(*)*	843,35	9
+09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	927,50	9
+09590	verrouillage distal, supplément	155,25	2
	Greffe		
+02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage	650,50	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision		
+02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	450,10	4
+02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aiguë	450,10	4
+02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	489,00	4
	Ostéotomie		
+02091	col fémoral	841,30	9
+02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	795,00	7
	Raccourcissement de l'os		
+02405	avec ou sans greffe	841,30	9
	Transfert ou transposition		
+02625	grand trochanter seul	578,75	4
	Plastie		
+02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo-nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 865,15	17

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	GENOU		
	Amputation		
+02294	désarticulation du genou	468,15	4
	Arthrodèse		
+02937	simple	721,10	7
+02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, dans un même temps, le cas échéant	795,00	11
	Arthrolyse		
+02016	directe, toute voie d'approche	461,40	4
+02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe.	1 080,55	11
	Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)		
+02492	prothèse totale unicompartimentale	710,50	7
+02403	prothèse totale bicompartimentale	927,50	11
	Arthroplastie de remplacement		
+18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	649,30	9
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site à la même séance.		
+18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre)	1125,75	14
	en deux temps :		
+18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	927,50	11
+18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	927,50	11
+18015	changement de polyéthylène seulement	529,60	6
+02487	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément	293,15	3
+02391	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément.	289,40	3
+02392	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément.	501,30	3
+02393	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément	501,30	3
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.		

		R = 1	R = 2
+02498	prothèse rotule seulement	529,60	5
+02499	par allogreffe au fémur distal	870,80	9
+02442	par allogreffe au tibia proximal	960,35	9
+02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 122,50	14
+02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale	134,95	3
	Arthroscopie		
+02577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage	209,20	3
+02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : méniscectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	305,10	3
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
	Arthrotomie ou capsulotomie		
+02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	358,55	4
	Exérèse de prothèse		
+02305	matériel d'ostéosynthèse rotule	162,05	4
	AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*		
+09539	prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire	626,40	4
+09540	prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	300,45	3
	Excision		
+02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	256,25	4
+02164	kyste de Baker	325,25	4
	Fracture rotule		
+09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous *(*)*	487,25	3
+02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	415,35	4

		R = 1	R = 2
	Greffe 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.	396,85	4
	Luxation		
	genou		
+02737	réduction fermée incluant la surveillance *(*)*	152,25	4
	rotule		
+02749	réduction fermée *(*)*	99,45	4
+02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	413,75	4
+02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	535,85	6

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

	Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)		
+02107	ligament interne ou externe ou les deux	450,10	5
+02102	croisé antérieur (technique intra-articulaire).	621,90	7
+02110	avec tendon rotulien, supplément	147,40	2
+02476	croisé antérieur (technique extra-articulaire)	524,90	7
+02103	croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires) . .	650,50	7
+02121	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	134,95	
+02105	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	617,40	9
+02104	croisé postérieur	721,10	9
+02172	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	766,50	11
+02106	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	760,80	11
+02108	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux.	823,10	14
	Réparation (toute voie d'approche)		
+02477	ligament interne ou externe ou les deux	496,25	5
+02418	croisé antérieur seul	450,10	4
+02847	croisé antérieur avec augmentation	524,90	7
+02425	croisé postérieur seul	524,90	7
+02855	croisé postérieur avec augmentation	721,10	9
+02421	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	511,35	9
+02437	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	617,40	9

		R = 1	R = 2
+02438	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	717,10	11
+02439	chaque méniscectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	68,75	
+02475	chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	213,15	
	Suture		
+02822	un ménisque, toute voie d'approche	427,50	5
+02059	tendon du quadriceps	537,20	4
+02061	tendon rotuléen	530,15	5
	Synovectomie		
+02253	complète du genou, toute voie d'approche	496,25	5
	TIBIA ET PÉRONÉ		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
+02386	avec ou sans greffe	748,80	11
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
+02387	un (1) niveau	1 080,55	11
+02388	deux (2) niveaux	1 200,70	14
+02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 080,55	11
	fasciectomie préalable à allongement		
+02485	1 compartiment	300,45	4
+02486	2 compartiments ou plus	340,15	5
	Amputation		
+02292	amputation à la jambe (B.K.)	526,80	4
	Biopsie		
+02864	à l'aiguille	51,60	3
+02865	ouverte	248,75	4
	Décompression - dénervation		
	fasciotomie tibiale		
+02046	un (1) compartiment	225,65	4
+02047	deux (2) compartiments ou plus	358,55	4
	Épiphysiodèse du tibia		
+02951	par greffe (Phemister)	450,10	3
+02954	par crampon	375,30	3

		R = 1	R = 2
	Excision		
+02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	717,10	6
+02867	résection extensive et reconstruction	1 325,45	11
+02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	269,25	4
+02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	626,40	5
+02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	926,35	14
+02870	tumeur maligne	625,15	5
+02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	721,10	9
+02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 490,05	17
+02597	avec prothèse totale, supplément	255,70	4
	Exérèse		
+02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné *(**)*	148,85	4
+02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné *(**)*	149,70	4
+02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	178,60	4
+02873	plaque plus vis - tibia et péroné	358,55	4
	Fractures		
	péroné seul		
+02705	réduction fermée *(*)*	52,75	4
+02725	réduction ouverte *(*)*	244,20	3
	tibia (avec ou sans péroné)		
+02694	réduction fermée *(*)*	152,25	4
	réduction ouverte		
+02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe *(*)*	626,40	5
+09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	626,40	5
+09592	verrouillage distal, supplément	156,25	2
+02721	épiphyse proximale plateau (un (1) ou deux (2))	621,05	5
+02743	pilon tibial	717,10	5
	Greffe osseuse		
+02874	pour pseudarthrose congénitale	841,30	7
+02413	simple tibia et/ou péroné	487,25	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02414	par transposition du péroné	544,20	5

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

(**) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
	Incision et drainage		
+02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	350,70	4
+02876	forage ou fenestration de la corticale	322,65	4
+02877	saucérisation (mise à plat)	300,45	4
+02878	séquestrectomie avec ou sans greffe	331,30	4
	Ostéotomie		
+02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	650,50	6
+02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	524,95	5
+02030	du péroné	165,05	4
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
+02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	721,10	9
	CHEVILLE		
	Amputation		
+02291	type Syme	568,25	4
	Arthrodèse		
+02944	pan-arthrodèse	721,10	9
+02938	tibio-tarsienne	710,80	5
	Arthrolyse		
+02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 191,30	11
	Arthroplastie		
+02420	simple de la cheville	338,75	4
+02408	totale de la cheville (prothèse)	761,90	7
	Arthroscopie		
+02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie	130,95	3
+02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : - résection de souris ou de corps étranger - résection d'ostéophyte - forage ou chondroplastie d'abrasion	318,05	5
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02880	avec ostéotomie malléolaire	406,25	6
+02057	simple de cheville	325,25	3
+02882	avec arthrite septique	375,30	4

		R = 1	R = 2
	Décompression - dénervation		
+02883	décompression - sinus du tarse	136,10	4
+02884	décompression - tunnel tarsien	149,70	4
+02885	neurectomie cheville	193,95	3
	Exérèse		
+09541	de prothèse totale de cheville	225,65	4
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
+02304	uni-malléolaire	148,85	4
+02306	bi ou tri-malléolaire	162,05	4
	Fracture		
	uni, bi, tri-malléolaire		
+02708	réduction fermée *(*)*	99,45	4
	réduction ouverte		
+02727	uni-malléolaire *(*)*	358,55	4
+09542	bi-malléolaire *(*)*	537,20	5
+02886	tri-malléolaire *(*)*	626,40	5
+02887	malléolaire avec déchirure ligamentaire *(*)*	527,15	4
	Luxation		
+02751	réduction fermée *(*)*	91,35	3
+02888	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire *(*)*	537,20	5
	Manipulation		
+02851	cheville	148,85	3
	Reconstruction - réparation		
+02161	reconstruction ligamentaire	375,30	4
+02199	réparation ligamentaire (immédiate)	300,45	4
	réparation tendon d'Achille		
+02441	immédiate	447,95	4
+02889	tardive	496,25	3
	Synovectomie		
+09543	cheville	413,75	4
	Ténotomie (tendon d'Achille)		
+02075	fermée	124,75	3
+02080	ouverte	149,70	3
	Transposition tendineuse		
+09544	une	375,30	4
+09545	deux ou plusieurs	524,90	5

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	PIED		
	Allongement incluant l'ostéotomie		
+02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	841,30	6
	Amputation		
+02267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne	413,75	4
+02287	un métatarsien en rayon	142,10	4
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied *(**)*	28,40	
+02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil	147,05	4
	chaque orteil supplémentaire *(*) (**)*	34,75	
	Arthrodèse		
+02943	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	717,10	5
+02949	articulation de Lisfranc	300,45	4
+02946	articulation métatarso-phalangienne	331,30	4
+02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil	148,85	3
	chaque orteil supplémentaire *(*)*	40,60	
	Arthrolyse		
+02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	841,30	5
	Arthroscopie		
+09500	pied	128,80	4
	Arthrotomie		
	Arthrotomie incluant, le cas échéant : la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
+02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite	124,75	4
+02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite	255,70	4
+09501	pour arthrite septique	248,75	4
	Biopsie		
+09502	à l'aiguille ou au trocart	49,80	3
+02247	ouverte	175,75	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*
(**) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Excision		
+02244	complète d'astragale ou de calcanéum	351,50	7
+02241	barre tarsienne	375,30	4
+02234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant	269,25	4
+02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire	165,05	4
+02242	tête métatarsienne	141,70	4
	chaque tête métatarsienne supplémentaire pour le même pied	28,25	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02245	os sésamoïde	149,70	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
+09505	sans greffe	269,25	4
+09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	413,75	5
	os mineurs		
+09507	sans greffe	162,05	4
+09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	325,15	4
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
+09509	sans greffe	316,40	6
+09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	453,50	7
	os mineurs		
+09511	sans greffe	204,10	4
+09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	272,15	3
	Exérèse		
+09513	prothèse	162,00	4
+09514	vis, broche, fils, clou, plaque	148,85	3
	AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *(voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*		
	Greffe		
+09515	calcanéum ou astragale	409,25	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+09516	os mineur	248,75	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

		R = 1	R = 2
	Fracture		
	calcanéum ou astragale		
+02710	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale *(*)*	148,85	3
+02744	réduction fermée avec embrochage percutané (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	375,30	5
+02730	réduction ouverte *(*)*	568,25	4
+02734	arthrodèse primaire *(*)*	578,75	5
	tarse (astragale et calcanéum exceptés)		
	un ou plusieurs		
+02709	réduction fermée *(*)*	96,35	4
+02729	réduction ouverte *(*)*	406,10	5
	métatarsien		
+02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied *(*)*	52,75	3
+02691	réduction fermée avec embrochage percutané *(*)*	137,50	3
	chaque métatarsien supplémentaire	37,60	
	réduction ouverte		
+02731	un *(1) (*)*	165,05	4
+02732	plusieurs au même pied *(*)*	390,35	3
	phalange		
+02712	réduction fermée *(*)*	40,20	3
	chaque supplémentaire pour le même pied	10,70	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02692	réduction fermée avec embrochage percutané *(*)*	134,90	3
	chaque orteil supplémentaire pour le même pied	36,75	
+02733	réduction ouverte *(*)*	178,60	4
	Incision - drainage		
+09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse	144,70	4
+09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur	135,40	4
+09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale	225,65	4
	Luxation		
	tarse		
+02752	réduction fermée *(*)*	96,35	4
+02765	réduction fermée et fixation percutanée *(*)*	254,05	4
+02764	réduction ouverte *(*)*	318,80	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	métatarso-phalangienne		
+02754	réduction fermée *(*)*	40,60	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied	10,85	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02766	réduction ouverte *(*)*	162,05	4
	interphalangienne		
+02756	réduction fermée *(*)*	26,70	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied	10,70	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02767	réduction ouverte *(*)*	138,65	4
	Manipulation		
+09532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	132,90	3
	Ostéotomie		
+02060	calcanéum, astragale ou tarse	331,30	5
+09524	métatarse	165,05	4
+09563	phalange	149,70	4
	Reconstruction		
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
+09528	un *(1)*	149,70	4
+09529	plusieurs	524,90	5
+02049	syndactylie pour orteil	131,50	4
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
+09564	un *(1)*	130,95	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied	26,05	
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
+09530	un *(1)*	413,75	4
+09531	plusieurs	524,90	5
+02436	ténodèse, pied	300,45	3
	Reconstruction de la 1re articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
+09593	sans ostéotomie	244,20	4
+02069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne	305,10	4

AVIS : *(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

		R = 1	R = 2
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
+09595	hémi-arthroplastie	244,20	4
+09596	arthroplastie totale	358,55	4
+09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant	350,70	4
+02529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	149,70	4
+02550	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	144,40	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied	28,75	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case* UNITÉS.		
+02422	pour chevauchement du 5e orteil, toute technique	149,70	4
	pied bot ou astragale vertical		
+02553	allongement ouvert du tendon d'Achille	130,95	4
+02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	386,65	5
+02556	relâchement antérieur	386,65	5
+02557	relâchement plantaire extensif	426,25	5
+02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	449,00	6
+02560	relâchement postéro-médian	717,10	11
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
+02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 127,45	14
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
	Synovectomie		
+02248	orteil	155,70	3
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	Ténotomie		
	fermée		
+02071	un *(1)* orteil	45,35	3
+02072	plusieurs orteils	124,75	3
+02073	fascia plantaire (Steindler)	124,75	3
	sous vision directe		
+02076	un *(1)* orteil	149,70	3
+02077	plusieurs orteils	193,85	3
+02078	fascia plantaire (Steindler)	149,70	3

		R = 1	R = 2
	BOURSE SÉREUSE		
	Drainage		
+02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	178,60	4
	Excision		
+02212	bourse calcanéenne (talon)	149,70	3
+02236	bourse olécrânienne	178,60	3
+02235	bourse huméro-radiale	136,10	3
+02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	148,85	3
+02255	bourse péritrochantérienne	124,75	3
+02233	bourse sous-deltoïdienne	149,70	3
+09534	bourse ischiatique	204,10	3
	Incision - exérèse		
+02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	178,60	4
	MUSCLES		
	Allongement		
+09535	allongement musculaire	331,30	3
	Exérèse		
	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale		
+02190	simple	148,85	4
+02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	300,00	4
	Excision		
+09536	raccourcissement musculaire	204,10	4
+02208	résection de muscle (myectomie) simple	248,75	4
+02209	résection de muscle (myectomie) extensive	375,30	5
+02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	272,15	5
+02023	section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congénital)	294,60	4
	tumeur		
+02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	225,65	3
+02152	excision tumeur bénigne	243,55	3
+02153	excision tumeur maligne	526,85	4
+02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	426,25	7
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

		R = 1	R = 2
	Reconstruction - réparation		
+02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	289,10	6
+02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire	209,75	4
+02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral.	561,20	9

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS

Excision

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
+02201	une *(1)*	178,60	4
+02202	plusieurs	251,60	4
+09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial	140,25	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	225,65	3
+02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.G. 2.4.7.7.A) *(**)*	142,10	3
+02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	324,80	4

Incision et exérèse

+02200	exploration, sans réparation, d'un tendon, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7.A) *(**)*	33,45	2
+02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger	118,75	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
+02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger	145,00	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+09597	Tenolyse d'un doigt, une (1) ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance	378,80	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+02327	Ténodèse articulaire à un doigt	170,05	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

AVIS : *(**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*

		R = 1	R = 2
	Reconstruction - Réparation		
+02326	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (P.G. 2.4.7.7.A) *(**)*	300,00	3
	suture ténorraphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
+02396	tendon extenseur (du même membre)	186,10	4
+	maximum	558,30	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
	tendon fléchisseur (du même membre)		
+02397	un (1) - réparation immédiate ou tardive	284,20	4
+	maximum	852,60	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
+	un (1) tendon	267,90	4
+	maximum	1 071,60	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case* UNITÉS.		
+02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	289,10	6
+02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	385,50	7
	DIVERS		
+02863	Immobilisation temporaire de fracture avec ou sans réduction temporaire qui nécessite un transfert à un autre médecin	15,95	
	application de stimulateurs électriques		
+02488	externes	93,75	3
+02489	percutanés	115,55	3
+02490	internes	170,05	4
+02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	132,90	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin à la même séance.		

AVIS : *(**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*

		R = 1	R = 2
+02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	152,95	4
+02301	exérèse de clou ou broche pour traction	31,25	3
+02328	exérèse de prothèse ailleurs	162,05	4
+02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs	134,95	4
+02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	14,80	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
+09547	os majeur	112,00	4
+09546	os mineur	97,25	3
+02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique	149,70	4
+02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	149,70	4

Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »
(coût du matériel non inclus)

	extrémités		
+02820	doigt	27,60	2
+02823	main	28,10	2
+02848	pied	28,10	2
+02800	membre supérieur (bras, coude, avant-bras) ou inférieur (cuisse, genou, jambe)	36,55	2
+02807	« taping » du pied ou de la cheville	33,00	2
+02824	spica de l'épaule	69,00	2
+02809	minerve	68,30	2
+02810	corset plâtré	69,00	2
+02842	spica de la hanche (unilatéral ou bilatéral)	69,00	2

Appareillage fonctionnel

Application d'attelles correctrices sans fracture ni luxation (v.g. pour arthrite) incluant les attaches et l'imperméabilisation, mais n'incluant pas le coût du matériel.

\+ Ces honoraires s'appliquent quand les attelles sont fabriquées au bureau du médecin. La prestation est réduite de 5,45 $ au 1er janvier 2012 et de 5,70 $ au 1er juin 2013 quand l'attelle est fabriquée à l'hôpital. **(MOD 067)**

\# ***AVIS :*** *Inscrire dans la case MOD le modificateur **067** sur la même ligne que le code d'acte concerné et, dans la case* HONORAIRES*, le tarif de cet acte diminué de 5,70 $.*

+02804	tibia	93,75	2
+02805	fémur	128,60	2
+02806	avant-bras	74,45	2
+02817	cou	21,55	
	membre supérieur		
+02829	épaule	25,30	
+02827	coude	19,50	
+02828	main et poignet	21,10	

		R = 1	R = 2
	membre inférieur		
+02852	toute la jambe (moitié de cuisse jusqu'aux orteils)	25,90	
+02853	genou	19,90	
+02854	sous-genou (incluant le pied)	19,90	
+02381	prise de greffon osseux par un médecin autre que le premier intervenant	165,05	
+02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une (1) ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral	248,75	5
+02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	141,70	3

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS : *Les actes suivants de 0**2423, 02424, 02427** à **02431** et 0**2530** 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.

+02430	astragale	234,70	
+02423	bassin	450,10	
+02431	calcanéum	124,75	
+02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	375,30	
+02428	humérus	300,45	
+02530	peau	340,15	
+02429	radius ou cubitus	272,15	
+02427	tibia	300,45	

		R = 1	R = 2

Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)

AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire.*

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

+02355	avant-bras	1 587,30	17
+02356	bras	1 587,30	17
+02352	doigt (incluant au moins une articulation)	1 133,75	17
+02357	épaule	2 040,85	17
+02354	poignet	1 587,30	17

Microanastomose (grossissement 5X et plus) :

+02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine	625,00	9
+02394	Greffe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 020,45	14
+02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	408,15	7

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

INDEX

Page

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

Nez **H-2**
Naso-pharynx **H-3**
Sinus **H-4**
Larynx **H-5**
Trachée **H-6**
Bronches **H-7**
Médiastin **H-7**
Poumons et plèvre **H-8**

		R = 1	R = 2

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir la règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec ***le modificateur 093 ou 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

Incision

	Abcès ou hématome de la cloison		
+03000	drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	27,85	3
+03003	drainage avec implantation immédiate de substance	122,50	4
+03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	73,70	4

Excision

	Turbinectomie toutes méthodes		
+03101	unilatérale partielle ou queue de cornet	31,90	2
+03102	bilatérale	44,25	2
	Polypectomie nasale		
+03160	unique (P.G. 2.4.7.7 A)	14,20	3
+03172	multiple	44,25	3
+03173	multiple bilatérale	65,80	3
+03161	polype des choanes	50,75	3
+03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	147,40	4
+03200	Amenuisation d'un (1) ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie) (résection sous-muqueuse d'un cornet)	96,35	2
+03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	34,95	1
+03207	Cryochirurgie d'un cornet du nez	63,55	2
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser		
+03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx	138,80	3
+03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	158,75	3
+03239	Amputation nasale	259,40	3

Réparation

+03301	Cautérisation de cornet, unilatérale	22,20	4
+03320	Septodermoplastie	189,30	3
+03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic	204,10	4

		R = 1	R = 2
03343	Cure de sténose de valves nasales *(*)*	C.S.	3
+03322	Cure de perforation de la cloison	189,30	2
+03367	Mise en place d'un bouton de silastic	63,55	4
	Septorhinoplastie		
+03323	partielle (excluant les ostéotomies)	247,15	3
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
+03225	par voie endonasale	316,35	4
+03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	396,85	7
+03325	Collumelloplastie seule	147,40	4
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou post-chirurgicale *(*)*	C.S.	5
+03327	Greffe composée	170,05	5
+03328	Rhinophyma rasage	250,05	5
03329	Correction plastique d'un rhinophyma *(*)*	C.S.	5
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
+03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	123,65	4
+03331	par greffe autogène	189,30	4
	Atrésie d'une choane		
+03340	approche nasale antérieure sous microscope	243,75	11
+03341	ponction et insertion de tube	66,05	11
+03342	approche par voie transpalatine	249,45	3
+03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic	13,30	3

Manipulation

	Épistaxis		
+03804	cautérisation de la cloison	7,15	3
+03806	électrocautérisation	14,55	3
	tamponnement nasal		
+03801	antérieur, par mèche	14,25	2
+03809	antérieur et postérieur (P.G. 2.4.7.7 A)	40,60	3
+03807	tube gonflable (P.G. 2.4.7.7 A)	75,75	3
+03808	par mèche et tampon rhino-pharyngé (P.G. 2.4.7.7 B)	112,00	4
+03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	133,80	4
+03810	ligature intra-nasale de l'artère sphéno-palatine	348,75	7

Corps étranger

	Extraction de corps étranger du nez		
+03002	par rhinotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	44,15	3
+03194	par rhinoscopie	14,35	3
+03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	47,85	3

NASO-PHARYNX

Excision

	Exérèse de tumeur		
+03165	par voie intranasale	65,80	4

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
+03166	par voie transpalatine	247,15	6
+03167	par voie naso-pharyngée	123,65	4
03168	par voie cervicale *(*)*	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur		
+03158	bénigne	99,80	4
+03159	maligne	189,30	3
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane *(*)*	C.S.	3
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome *(*)*	C.S.	7

Réparation

+03337	Réparation de fistule oro-nasale	58,95	3
+03338	Correction de difformités postsinusectomie radicale	170,05	4
+03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	442,20	7
+03369	avec greffe adipeuse (supplément)	99,10	
+03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du naso-pharynx	44,60	3

SINUS

Incision

+03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne, infundibulectomie)	79,25	4
+03008	Sinusotomie frontale par voie externe (trépanation avec ou sans insertion de cathéter)	123,65	4
+03005	Sinusotomie sphénoïdale	83,05	4

Excision

	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) :		
+03105	unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant	213,15	4
+03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine)	195,05	3
+03215	Sinusectomie frontale externe radicale	390,05	5
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
+03110	antérieure unilatérale	158,75	4
+03111	antérieure et postérieure unilatérale	182,55	4
+03112	avec sphénoïdotomie	220,00	4
+03113	avec sphénoïdectomie	268,75	4
+03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale.	333,55	4
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
+03210	par voie intranasale	158,75	4
+03211	par voie transpalatine	366,25	4

NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
+03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	438,75	5
+03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	500,00	9
	avec exentération de l'orbite :		
+03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	500,00	9
+03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	621,35	11
+03246	Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale	305,00	5
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
+03247	ligature de l'artère maxillaire interne	384,35	5
+03248	ganglionectomie sphéno-palatine	362,75	6
+03249	section de V2	399,70	5
+03250	Biopsie	399,90	5
+03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	362,75	5

Réparation

	Fermeture de fistule antro-orale		
+03345	avec Caldwell-Luc	221,10	3
+03346	avec lambeau	243,75	3
+03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou prothèse	316,35	7
03348	Cure d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR) par lambeau pédiculé intranasal	C.S.	12

AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

LARYNX

Incision

+03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	189,30	5
03018	Thyrotomie pour sténose laryngée	C.S.	5

AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

Introduction

	Laryngoscopie incluant la biopsie		
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, unilatérale		
+03039	directe (P.G. 2.9)	147,50	4
+03040	à suspension (P.G. 2.9)	152,00	4
+03041	au microscope (P.G. 2.9)	208,70	4
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, bilatérale		
+03042	directe (P.G. 2.9)	167,45	4
+03043	à suspension (P.G. 2.9)	208,70	4
+03044	au microscope (P.G. 2.9)	221,10	4
+03045	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (P.G. 2.9)	200,90	4
+03046	microchirurgie sous-glottique au laser	226,80	5

		R = 1	R = 2
	Excision		
	Laryngectomie		
+03015	partielle verticale	277,75	7
+03012	fronto-latérale	289,10	7
+03115	sus-glottique	442,20	9
+03220	totale	487,55	12
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie		
+03241	par voie endolaryngée	243,75	3
+03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	249,45	3
+03242	par voie externe	306,25	4
+03243	reconstructive (laryngectomie)	436,45	7
+03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	277,75	5
+03227	Laryngectomie et pharyngectomie totale	555,60	11
	Réparation		
03349	Laryngoplastie *(*)*	C.S.	7
03363	Cure de laryngocèle *(*)*	C.S.	7
+03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	175,75	4
03364	Fistulisation externe postlaryngectomie pour réhabilitation *(*)*	C.S.	5
+03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	396,85	7
	TRACHÉE		
	Incision		
+03019	Trachéotomie	132,65	6
+03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	61,25	
+03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	147,25	4
	Excision		
	Résection trachéale avec reconstruction		
+03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	476,20	9
+03179	trachée cervicale incluant le crycoïde	714,30	11
+03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	759,60	11
+03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	952,40	14

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Réparation		
	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
+03315	par excision de tissu cicatriciel	113,35	4
+03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	113,35	4
+03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale	95,25	4
	Fermeture de fistule		
+03351	trachéale post-traumatique	189,30	4
+03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	487,55	12
+03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autre	189,30	4
	Trachéoplastie		
+03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	442,20	7
+03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	532,95	11
	Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique)		
+03353	cervicale	476,20	9
+03355	au niveau thoracique	619,30	11
+03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	907,10	14

BRONCHES

Réparation

	Bronchoplastie		
+03357	correction de sténose et anastomose	566,90	11
	Fistule broncho-pleurale		
+03372	fermeture simple par thoracotomie	392,80	10
+03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	625,00	11
+03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	510,25	11

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

MÉDIASTIN

Incision

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
+03035	voie cervicale	315,30	4
+03036	voie thoracique	364,60	7
+03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	464,00	11

		R = 1	R = 2
	Excision		
+03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	443,35	9
+03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	624,95	11
+03240	Thymectomie	441,85	9
	Réparation		
+03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	398,95	8
	POUMONS ET PLÈVRE		
	Incision		
+03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	187,00	8
	Traitement d'empyème		
+03032	par costectomie et drainage ouvert	158,75	5
+03033	par pleurotomie et drainage fermé	83,85	2
+03034	par procédure de Claggett	158,75	3
+03023	par thoracoplastie et drainage	231,20	5
	Traitement d'épanchement pleural		
+03038	par pleurotomie, drainage fermé et pleurodèse	171,40	5
	Thoracotomie		
+03026	pour contrôle d'hémorragie	406,00	9
+03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger	340,15	9
+03120	exploratrice avec biopsie	401,35	11
+03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	460,40	9
+03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	511,05	9
+03017	pleurectomie partielle, supplément	33,85	
+03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardio-respiratoire	148,85	9
+03031	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	595,55	11
	Excision		
+03122	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	390,65	11
+03140	chaque résection additionnelle, maximum trois (3), supplément	65,05	
+03124	Segmentectomie simple incluant broches et artère segmentaire	707,20	11
+03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	699,60	11
+03126	segmentectomie supplémentaire, supplément	122,75	
+03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	130,25	
+03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	187,60	
+03129	avec bronchoplastie, supplément	123,75	
+03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	27,35	
+03131	résection de paroi thoracique avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	195,30	

		R = 1	R = 2
+03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	939,85	14
	Pneumonectomie simple		
+03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	690,10	11
+03134	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	71,60	
+03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	26,20	
+03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	156,25	
+03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	181,45	
+03138	Pneumonectomie extrapleurale	680,30	11
+03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	719,95	11
+03139	Lobectomie, réintervention plus de trente (30) jours après l'intervention initiale, supplément	131,25	
+03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	323,10	8
+03252	réintervention plus de trente (30) jours après, supplément	119,05	

Réparation

03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	11

AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

Collapsothérapie

	Thoracoplastie, incluant apicolyse		
	premier stade		
+03374	minimum de trois (3) côtes	245,45	6
+	chaque côte supplémentaire	73,65	
+03311	deuxième stade	113,35	5
+03312	troisième stade	113,35	5
	Pneumolyse		
+03313	intrapleurale	113,35	5
+03314	extrapleurale	181,45	3
+03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	68,00	3

INDEX

Page

J - SYSTÈME CARDIAQUE

Actes généraux. **J-2**
Coeur et péricarde **J-3**
Chirurgie coronarienne **J-7**
Stimulateur cardiaque. **J-7**
Chirurgie de l'arythmie **J-8**
Appareil vasculaire thoracique. **J-8**
Non thoracique **J-9**
Veines, varices et ulcères variqueux **J-13**

		R = 1	R = 2

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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 du système cardiaque pratiquée à la même séance.

ACTES GÉNÉRAUX

	Ballon intra-aortique		
+04502	installation	195,30	9
+04503	surveillance, par jour, par patient	65,05	
+04504	exérèse, incluant l'exérèse, avec fermeture de l'artère, avec ou sans plastie	131,30	9
+04505	Fermeture de déhiscence du sternum (P.G. 2.9)	358,10	8
+04506	Mise à plat du sternum	325,55	8
	Circulation assistée		
	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
+04508	installation par canulation périphérique (P.G. 2.9)	453,50	17
+04517	Installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (P.G.2.9)	1 210,00	17
+04509	surveillance, par jour, par patient (P.G. 2.9)	202,90	
+04510	exérèse (P.G. 2.9)	437,50	9
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
+04511	installation	4 557,00	17
+04512	surveillance, par jour, par patient	187,60	
+04513	exérèse	859,10	17
+04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	266,85	
+04515	Suture de greffe, ou shunt de Gott pour dérivation temporaire, supplément (P.G. 2.9)	208,35	
+04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé de type « Cell Saver » (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	91,05	
	NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).		
	Hypothermie		
+04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25º C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (P.G. 2.9)	315,15	
+04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	157,45	

		R = 1	R = 2
	Transplantation		
+04522	Cardectomie, intervention chez le donneur (P.G. 2.9) . . .	351,50	11
+04523	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche un (P.G. 2.9)	396,85	
+04524	deux (P.G. 2.9)	500,00	
+04526	Prélèvement en bloc : coeur-poumons	510,25	11
	AVIS : *Les actes* ***04522****,* ***04523****,* ***04524*** *et* ***04526*** *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.* *Inscrire un «* ***A*** *» dans la case* C.S. *et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*		
+04527	Pneumonectomie, intervention chez le donneur	510,25	11
+04530	Transplantation pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	2 834,55	17
+04528	Transplantation cardiaque « C » (P.G. 2.9)	2 604,00	17
+04529	Transplantation coeur-poumons « C » (P.G. 2.9)	3 968,35	17
	Exérèse d'électrode(s) par voie endocavitaire		
+04490	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	56,70	
+04491	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	113,35	
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
+04493	aucune électrode réimplantée, supplément (P.G. 2.9) . .	125,00	
+04494	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	198,45	
+04495	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	226,80	
+04497	Installation d'un support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale), supplément	1 984,15	
+04498	Installation d'un ballon intra-aortique, supplément	85,05	

COEUR ET PÉRICARDE

Incision

+04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (P.G. 2.9)	403,65	17
+04533	Réexploration médiastinale pour saignement « C » (P.G. 2.9)	325,55	9

Excision

+04536	Biopsie cardiaque ouverte (P.G. 2.9)	338,60	9
+04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	875,05	17
+04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	1 041,65	17

		R = 1	R = 2
	Péricardectomie		
+04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par stemotomie	598,90	11
+04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (P.G. 2.9)	368,10	9
	Réparation		
+	NOTE : Lors d'une chirurgie valvulaire, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 340 $.		
	AVIS : *Utiliser le MOD **140**.*		
	Valvule aortique		
+04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (P.G. 2.9)	999,95	17
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.		
+04543	Remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 041,65	17
+04544	aortoplastie ou annuloplastie par procédure de Nick ou de Manouguian, supplément (P.G. 2.9)	260,40	
+04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 171,80	17
+04546	Remplacement par technique de Ross (sans autre intervention vasculaire « C ») (P.G. 2.9)	2 182,60	17
+04547	Procédure de Konno « C » (P.G. 2.9)	1 984,15	17
+04548	Procédure de Ross-Konno « C » (P.G. 2.9)	3 125,05	17
	Valvule mitrale		
+04550	commissurotomie (P.G. 2.9)	750,00	17
+04551	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 041,65	17
+04554	annuloplastie	1 041,65	17
+04555	valvuloplastie mitrale incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection (P.G. 2.9)	1 302,00	17
+04553	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 250,05	17
	Valvule tricuspidienne		
	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance		
+04556	commissurotomie (P.G. 2.9)	453,50	14
+04557	remplacement (P.G. 2.9)	677,05	14
+04558	valvuloplastie et annuloplastie (P.G. 2.9)	677,05	17
+04559	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	260,40	
	Valvule pulmonaire		
+04561	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (P.G. 2.9)	750,00	17
+04562	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 041,65	17
+04563	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 125,05	17
+04564	Réintervention pour chirurgie valvulaire incluant l'extraction de la prothèse, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	325,55	

		R = 1	R = 2
	Oreillettes		
+04567	création de communication interauriculaire, procédé de Blalock-Hanlon ou autres « C » (P.G. 2.9)	650,00	11
+04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (P.G. 2.9)	875,00	17
+04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum. plastie mitrale, CIA secundum) « C » (P.G. 2.9)	1 530,65	17
+04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV plastie tricuspidienne, CIA secundum (P.G. 2.9)	2 040,85	17
+04571	réparation d'une communication interauriculaire avec drainage pulmonaire veineux anormal « C » (P.G. 2.9)	960,00	17
+04572	atrioseptopexie pour drainage pulmonaire veineux anormal ou transposition des vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+04573	opération de Fontan (P.G. 2.9) « C »	2 267,65	17
	Ventricules		
	réparation d'une communication interventriculaire :		
+04576	unique ou postinfarctus (P.G. 2.9)	1 302,00	17
+04577	multiple (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (P.G. 2.9)	907,10	17
+04579	Conduit interne du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 2 834 $ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	AVIS : *Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code d'acte* ***04579****.*		
+04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (P.G. 2.9).	1 041,65	17
+04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (P.G. 2.9)	1 302,00	17
+04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+04585	Réparation d'anévrisme ventriculaire (P.G. 2.9)	651,00	17
+04586	Cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	793,65	17
+04587	Réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (P.G. 2.9)	651,00	17
	Cardiorraphie :		
+04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (P.G. 2.9)	651,00	11
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		5
+04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (P.G. 2.9)	3 401,40	17

		R = 1	R = 2
+04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) (P.G. 2.9) « C »	3 068,20	17
+04592	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique avec réimplantation des coronaires (procédure de Bentall, de Cabrol ou de boutons de Carrel) (P.G. 2.9) « C »	2 213,40	17
+04593	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique sans réimplantation des coronaires (P.G. 2.9) « C »	1 562,35	17
+04594	Remplacement de l'aorte ascendante pour dissection incluant la valvuloplastie aortique de suspension (P.G. 2.9) « C »	1 757,75	17
	NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte 04592, 04593 et 04594.		
	Valvule mitrale :		
+04847	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	340,15	
+04848	remplacement par prothèse valvulaire, supplément (P.G. 2.9)	490,90	
+04849	valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection, supplément (P.G. 2.9)	651,00	
+04850	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support, supplément	566,90	
	Valvule tricuspidienne :		
+04854	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	226,80	
+04855	remplacement, supplément (P.G. 2.9)	294,80	
+04856	valvuloplastie et annuloplastie, supplément (P.G. 2.9)	325,05	
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
+04860	unique, supplément (P.G. 2.9)	423,10	
+04861	deux, supplément	520,75	
+04862	trois, supplément	593,75	
+04863	quatre, supplément	566,90	
+04864	cinq, supplément	656,25	
+04865	six et plus, supplément	651,95	
+04595	Remplacement en continuité d'une hémi-crosse aortique, (hémi-arch) par languette de greffon, supplément (P.G. 2.9)	325,55	
+04596	Remplacement en continuité de la crosse aortique avec collerette pour les vaisseaux de la base, supplément	651,00	
	NOTE : Un seul des deux suppléments ci-dessus peut s'ajouter à un remplacement de l'aorte ascendante.		
+04597	Réintervention pour chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	325,55	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre supplément pour intervention.		
+04598	Anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante « C » (P.G. 2.9)	1 360,55	17

		R = 1	R = 2

CHIRURGIE CORONARIENNE

Réparation

	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
+04601	unique (P.G. 2.9)	846,35	17
+04602	deux	1 041,65	17
+04603	trois	1 236,90	17
+04604	quatre	1 302,00	17
+04605	cinq	1 367,05	17
+04606	six et plus	1 497,30	17
+04600	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, supplément	340,15	
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
+04607	un greffon, supplément	97,75	
+04611	deux greffons, supplément	130,25	
+04612	trois greffons ou plus, supplément	162,80	
+04608	Chirurgie coronarienne à coeur battant toute voie d'approche, supplément	266,85	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
+04609	Réintervention pour pontage coronarien, un ou plusieurs, incluant la péricardectomie, supplément	325,55	
+04610	Pour correction de coronaire aberrante (P.G. 2.9)	1 133,75	17

STIMULATEUR CARDIAQUE

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
+04825	une électrode (P.G. 2.9)	306,80	6
+04826	deux électrodes (P.G. 2.9)	406,00	6
+04827	par voie thoracique, supplément	65,05	
+04829	Repositionnement d'électrode(s) (P.G. 2.9)	184,15	5
+04830	par voie thoracique, supplément	56,70	
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien		
+04832	toute voie d'approche	680,30	7
	Exérèse d'électrode(s)		
	par voie endocavitaire		
+04834	une électrode (P.G. 2.9)	122,75	5
+04835	deux électrodes (P.G. 2.9)	226,80	5
+04836	par voie thoracique	226,80	6
+04837	avec circulation extracorporelle (P.G. 2.9)	455,65	17
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
+04839	aucune électrode réimplantée (P.G. 2.9)	250,05	6
+04840	une électrode (P.G. 2.9)	437,50	7
+04841	deux électrodes (P.G. 2.9)	490,90	7
	Remplacement de générateur		
+04842	du cardiostimulateur (P.G. 2.9)	113,35	5
+04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien	340,15	7

		R = 1	R = 2
	CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE		
+04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire, supplément	226,80	
	Technique d'ablation		
+04622	section et faisceau accessoire par cardiotomie et/ou par cryothermie	651,00	14
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		2
+04624	pour tachycardie ventriculaire par résection sous-endocardique et/ou par cryothermie.	613,65	14
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
	APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE		
	Chirurgie congénitale		
+04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (P.G. 29)	1 240,65	11
+04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel « C » (P.G. 2.9)	2 267,65	11
+04632	Réparation d'anneau vasculaire (P.G. 2.9)	736,30	11
+04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	396,85	11
+04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	680,30	11
	Anastomose :		
+04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (P.G. 2.9)	875,05	11
+04638	cavo-pulmonaire (P.G. 2.9)	907,10	11
+04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (P.G. 2.9)	1 133,75	17
+04640	anostomose de la veine pulmonaire gauche à l'oreillette gauche (P.G. 2.9)	453,50	11
+04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (P.G. 2.9)	651,00	14
+04642	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	1 700,75	17
+04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (P.G. 2.9)	368,20	9
+04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (P.G. 2.9)	750,00	9
	Autres chirurgies		
+04647	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (P.G. 2.9)	1 953,05	17
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical 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	1 562,35	17
	NOTE : Aucune intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		

		R = 1	R = 2
+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)	1 822,85	17
+04651	avec réimplantation d'une artère viscérale, supplément	374,95	
+04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	781,20	
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
+04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire unie ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant.	1 500,05	17
+04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	859,10	14
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
+04657	suture simple	683,60	11
+04658	par angioplastie ou pontage	920,45	14

NON THORACIQUE

+04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	112,55	2
+04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	226,80	3
+04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	399,85	9
+04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	97,75	
+04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	338,60	3
	Réparation d'anévrisme		
+04667	d'une artère périphérique	507,75	7
	NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
+04668	d'une aorte abdominale ou aorto-illiaque ou périphérique, supplément	93,75	3
+04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	390,65	3
04670	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément	C.S.	
	AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*		
+04671	faux anévrisme, supplément	90,00	
+04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	653,10	7
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
+04677	aorte	680,30	14
+04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	987,55	14
+04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 197,85	14
+04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	611,95	11
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
+04683	aorte, supplément	340,15	
+04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	447,90	
+04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	564,50	
+04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	305,95	

		R = 1	R = 2
+04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse, supplément (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	390,65	
	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	260,40	
	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	317,45	7
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale		
+04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	781,20	14
+04693	Aorto-aortique	926,50	14
	Aorto-iliaque :		
+04694	unilatéral	690,10	14
+04695	bilatéral	1 028,60	14
	Aorto-fémoral :		
+04696	unilatéral	775,00	14
+04697	bilatéral	1 197,85	14
+04698	Ilio-fémoral	637,95	11
+04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 145,75	14
	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation		
+04701	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	338,60	
+04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	677,05	
+04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	1 015,55	
+04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	130,25	
	Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique		
+04707	Fémoro-poplitée	575,05	11
+04708	Fémorale commune	572,85	11
+04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	575,05	11
+04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	690,10	11
	Pontage d'une artère périphérique		
	Fémoro-poplité :		
+04713	prothèse synthétique	598,90	11
+04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	690,10	11

		R = 1	R = 2
	Fémoro-tibial ou péronier :		
+04715	prothèse synthétique	564,50	11
+04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	729,10	11
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
+04717	prothèse synthétique	700,00	11
+04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	884,15	11
+04719	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier	937,40	11
+04720	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier	1 497,30	11
+04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 090,55	11
+04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	130,25	
+04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	690,10	11
	Autres pontages		
	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
+04725	pontage par prothèse synthétique	598,90	11
+04726	pontage par prothèse veineuse	690,10	11
+04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertérale	690,10	11
04728	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature	C.S.	11
	AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*		
04729	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne	C.S.	7
	AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*		
	Pontage extra-anatomique :		
+04732	axillo-fémoral	611,95	11
+04733	fémoro-fémoral	611,95	11
+04734	sous-clavier - sous-clavier	587,55	11
+04735	axillo-bi-fémoral	911,40	14
	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
+04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	130,25	
+04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	42,95	
	Divers		
+04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	390,65	11
+04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	56,70	

		R = 1	R = 2
	Anastomose :		
+04743	porto-cave	771,00	14
+04744	spléno-rénale	816,35	17
+04745	mésentérico-cave	816,35	17
+04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	141,70	

Hémodialyse

+04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	394,20	9
+04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	226,80	9

Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse

+04752	Thrombectomie par voie ouverte	187,60	5
+04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	406,00	9
+04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	226,80	7
+04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	113,35	5
+04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	124,75	

Réparation de fistule artério-veineuse excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie

+04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse	122,75	5
+04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus	170,05	5
04760	majeures	C.S.	11

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.

AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*

Réparation

	Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :		
+04762	suture simple	465,05	9
+04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (P.G. 2.9)	625,00	11
+04764	pontage (prothèse)	637,55	11
+04765	pontage par autogreffe veineuse	737,60	14
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
+04033	suture simple	465,05	9
+04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	625,00	11
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
+04768	suture simple	338,25	7
+04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	356,20	7
+04770	pontage (prothèse)	575,05	9
+04771	pontage par autogreffe veineuse	650,50	9

		R = 1	R = 2
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux au niveau de l'abdomen ou du cou		
+04772	suture simple	708,65	11
+04773	par angioplastie ou pontage	975,70	14
	au niveau des extrémités		
+04774	suture simple	460,20	7
+04775	par angioplastie ou pontage	920,45	11
	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(voir musculo-squelettique)	
	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(voir musculo-squelettique)	
+04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	119,05	5
+04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	306,15	5
+04778	Ligature de la veine fémorale	70,05	4

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

+04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	39,25	4
+04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	36,30	4
+04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène	267,55	4
+04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	308,50	4
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
+04786	une incision	68,00	3
+04787	deux incisions	90,80	3
+04788	trois incisions ou plus	116,25	3

NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Joindre le compte rendu opératoire.*

		R = 1	R = 2
	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	17,35	
+04791	deux incisions	35,85	
+04792	trois incisions ou plus	55,55	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.		
+04407	Dissection et excision au crochet, avec crochet de Muller, de paquets variqueux et de perforantes (P.G. 2.4.7.7 A)	18,35	2
	NOTE : L'article 8 du préambule particulier de la chirurgie ne s'applique pas à cet acte.		
	AVIS : *Inscrire le nombre d'excisions dans la case* UNITÉS. *Le modificateur* ***050*** *ne s'applique pas à l'acte* ***04407****. De plus, cet acte est visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
+04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompétentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	341,85	4
+04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	187,00	3
+04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récidive de varices	143,75	4
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
+04798	sus-aponévrotique	113,35	4
+04799	sous-aponévrotique	226,80	4

INDEX

Page

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE **K-2**

		R = 1	R = 2

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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)	150,00	4
+04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne P.G. 2.4.7.7 A	161,20	4
+04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne P.G. 2.4.7.7 A	162,35	4
	AVIS : *Actes* ***04161*** *et* ***04162*** *sont visés par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
04160	Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui)	C.S.	4
	AVIS : *Voir la règle 1.1.2 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	637,95	7
+04257	Splénectomie chez le cadavre	204,10	
	Rupture de la rate, réparation par :		
+04250	suture (non iatrogénique)	544,20	9
+04166	suture (iatrogénique)	340,15	
+04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	706,95	9
+04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	544,20	9
+04236	Bouton osseux	41,95	3
	Évidement cervical		
+04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	811,80	9
+04234	total	566,90	9
+04242	bilatéral, toutes techniques	963,75	11
+04238	sus-hyoïdien	276,15	6
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
+04243	région inguinale superficielle	472,35	5

		R = 1	R = 2
+04244	région illiaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux)	706,95	9
+04240	région axillaire NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance	400,10	5
+04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	269,00	5
+04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	117,20	
+04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 350,05	11
	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(Voir Peau-phanères)	
04245	profond	C.S.	5
	AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*		
	Multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire		
+04231	chez le donneur	283,50	4
+04237	par autogreffe	283,50	4
+04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	651,00	9
+04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	340,15	7

INDEX

Page

L - SYSTÈME DIGESTIF

Lèvres **L-2**
Bouche **L-2**
Dents et gencives **L-3**
Langue **L-4**
Palais et luette **L-4**
Amygdales et adénoïdes **L-5**
Pharynx **L-5**
Glandes salivaires **L-6**
Parotide **L-6**
Oesophage **L-6**
Estomac **L-7**
Intestin (à l'exception du rectum) **L-8**
Appendice **L-10**
Rectum **L-11**
Anus **L-12**
Foie **L-13**
Voies biliaires **L-14**
Pancréas **L-15**
Abdomen, péritoine et épiploon **L-16**

\# ANNEXE (Liste des C.H. offrant des services de lithotripsie « acte 05270 ») . **L-18**

		R = 1	R = 2

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec ***le modificateur 093 ou 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*.*

LÈVRES

Excision

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique	196,45	4
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	33,05	3
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	156,25	4
----	Lésion bénigne, précancéreuse ou cancéreuse.	Voir tumeurs de la peau	2

Réparation

	Fissure labiale		
05320	unilatérale	283,50	7
05321	bilatérale en un temps	340,15	7
05322	bilatérale en deux temps, chacun	226,80	5
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	396,85	7
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie).	374,95	6

BOUCHE

Incision

05001	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet	129,40	3
05002	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet.	165,10	3

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste	54,00	3
05161	Excision de grenouillette	137,45	3

		R = 1	R = 2
	Excision de lésion maligne		
05034	2 cm ou moins	101,45	3
05035	plus de 2 cm	152,20	3
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes du préambule particulier de chirurgie.		
05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	670,10	11
05159	désarticulation du condyle, supplément	56,70	

DENTS ET GENCIVES

Incision

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	22,45	4
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	35,25	4
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	36,30	4

Excision

05168	Kyste dentaire	44,25	4
	Alvéolectomie		
05208	premier centimètre	28,95	4
	chaque centimètre supplémentaire	14,15	
	maximum	227,05	

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

05202	Gingivectomie	C.S.	4

AVIS : *Voir règle 1.1.2, du préambule général.*

	Extraction dentaire		
05203	une dent	10,60	4
	chaque dent supplémentaire au cours de la même séance opératoire	5,30	

\# ***AVIS :*** *Voir la section 4.2.6, de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *concernant les unités.*
Voir l'article 22 I) des règlements d'application de la Loi sur l'assurance maladie.
L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées de moins de 10 ans ainsi que les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	20,30	4

		R = 1	R = 2
	LANGUE		
	Incision		
05006	Libération du frein de la langue patient de plus de deux (2) ans	28,00	3
05007	Abcès de la langue (traitement complet) *(*)*	C.S.	3
	Excision		
05066	Excision de lésion bénigne de la langue 2 cm ou moins	42,50	3
05068	plus de 2 cm	84,95	3
05069	Excision de lésion maligne de la langue 2 cm ou moins	120,05	3
05070	plus de 2 cm ou glossectomie sub-totale	169,95	5
	Réparation		
05326	Glossoplastie	96,35	2
05327	Lacération mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	20,05	2
05328	Lacération étendue *(*)*	C.S.	2
	PALAIS ET LUETTE		
	Incision		
05008	Abcès du palais (P.G. 2.4.7.7 A)	22,45	3
05009	Fénestration du palais pour radiothérapie	22,10	3
	Excision		
05120	Uvulectomie (excision de la luette)	19,00	3
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	208,70	4
	Réparation		
05329	Fissure palatine en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau de Vomer	283,50	11
05330	Lambeau pharyngé	368,20	5
05398	Cure d'apnée nocturne par uvulo-palato-pharyngoplastie, incluant l'uvulectomie ou l'amygdalectomie ou les deux, le cas échéant	255,10	4
05335	Fistule palatine	283,50	3
05336	Rallongement complémentaire du palais	198,45	4
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire pour une défectuosité du palais antérieur	283,50	4

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	AMYGDALES ET ADÉNOÏDES		
	Incision		
05021	Abcès périamygdalien, ouverture (P.G. 2.4.7.7 A)	29,10	3
	Excision		
05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	47,85	4
05228	Amygdalectomie (avec ou sans adenoïdectomie)	92,05	3
05216	Adénoïdectomie	40,45	3
	Réparation		
05481	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhino-pharyngé	87,50	4
+05345	Consultation re : hémorragie et assistance (incluant l'examen et la visite)	30,60	
#	***AVIS :*** *Voir section 4.2.3, onglet* Rédaction de la demande de paiement *pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation ou la visite.*		
	PHARYNX		
	Incision		
	Incision, drainage et soins d'abcès		
05016	intraoral (P.G. 2.4.7.7 A)	36,55	3
05017	parapharyngé	113,65	4
05018	rétropharyngé	50,70	3
05003	myotomie du crico-pharyngé	300,00	4
	Excision		
05015	Exérèse apophyse styloïde	127,00	4
05126	Exérèse de fistule branchiale	204,10	4
	Pharyngectomie		
05127	avec laryngectomie partielle	543,80	12
05217	transhyoïdienne ou latérale	368,45	7
05172	Exérèse de kyste branchial	181,35	4
05153	Exérèse de kyste ou sinus thyréoglosse récidivant ou non récidivant	170,05	4
05176	avec hyoïdectomie partielle	286,90	5
05178	Exérèse de sinus branchial	188,70	4
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	345,80	6
	Réparation		
05342	Pharyngoplastie	175,75	4
05347	Suture d'une plaie du pharynx	81,20	4

		R = 1	R = 2
	GLANDES SALIVAIRES		
	Incision		
	Sialolithotomie		
	par voie buccale		
05085	un tiers (1/3) antérieur du canal	34,85	3
05086	deux tiers (2/3) postérieur du canal	95,25	4
05087	par voie externe	95,25	4
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide, traitement complet (P.G. 2.4.7.7 A)	48,75	3
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire (P.G. 2.4.7.7 A)	46,85	3
	Excision		
05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire	31,90	3
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire	136,25	4
	PAROTIDE		
05171	Exérèse de tumeur (sans dissection du nerf facial)	214,45	4
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	406,25	9
	Réparation		
05340	Réfection du canal (plastie)	124,75	3
05351	Réimplantation du canal de Wharton	182,55	3
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	152,00	3
	Manipulation		
05801	Dilatation du canal	20,05	3
	OESOPHAGE		
	Incision		
	Oesophagotomie		
05019	cervicale	181,45	4
05020	thoracique	272,15	10
	Excision		
05128	Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien	317,45	5
05106	Résection de diverticule oesophagien avec myotomie	396,70	5
05129	Exérèse de diverticule oesophagien, voie thoracique	442,20	8
05130	Résection locale avec anastomose bout-à-bout	566,90	11
05288	Oesophagectomie par voie transpleurale ou extrapleurale et oesophago-gastrostomie, incluant la vagotomie	1 052,80	14
05289	Pyloromyotomie, supplément	136,70	
05223	Oesophago-gastrectomie	987,55	14
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 077,15	17

		R = 1	R = 2
	équipe de deux chirurgiens		
+05220	chirurgien principal	839,00	17
+05221	deuxième chirurgien	328,85	
	Exérèse de tumeur bénigne de la paroi oesophagienne		
+05275	approche cervicale	238,10	3
+05276	approche thoracique	362,75	10
	Réparation		
+05348	Oesophagoplastie cervicale	294,80	5
+05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	759,60	14
	équipe de deux chirurgiens		
+05333	chirurgien principal	589,55	14
+05334	deuxième chirurgien	226,80	
+05349	Oesophago-gastrostomie (cardioplastie)	589,55	11
+05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller) par voie abdominale ou thoracique	575,05	9
+05352	Oesophago-jéjunostomie pour dérivation palliative	680,30	14
+05353	Oesophagostomie (création d'une fistule externe de l'oesophage)	272,15	6
+05067	Réparation d'une hernie diaphragmatique (toute approche)	521,65	7
	Perforation ou rupture de l'oesophage		
+05356	voie cervicale	300,00	7
+05357	voie thoracique ou thoraco-abdominale	521,55	12
+05338	Réparation d'une hernie diaphragmatique par cardio-gastroplastie incluant dilatation oesophagienne et procédé antireflux	775,55	14
+05358	Ligature transoesophagienne de varices	600,95	11
+05395	Mise en place d'un bouton de Prioton ou d'une ligne d'autosuture		
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne	294,80	3
+05359	voie cervicale	209,75	5
+05360	voie thoracique	408,15	10
+05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne	759,60	14

ESTOMAC

Incision

+05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt)	262,55	9
+05023	Gastrostomie, temporaire ou permanente par laparotomie	216,55	4
+05076	Vagotomie tronculaire ou sélective par voie abdominale ou thoracique, complémentaire à une intervention antérieure	442,20	7
+05082	Vagotomie proximale (suprasélective)	442,20	7
+05025	Gastrotomie avec exploration et/ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie	300,00	5
+05111	Gastrotomie incluant la laparotomie pour mise en place d'un tube de Célestin, Mousseau - Barbin, etc.	343,65	6

		R = 1	R = 2
	Excision		
	Gastrectomie		
+05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 031,75	9
+05226	totale incluant la vagotomie	1 079,95	11
+05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	250,05	3
+05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	187,60	
+05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	306,25	
+05132	résection en coin pour ulcère	583,30	5
	Réparation		
+05363	Pyloroplastie (P.G. 2.9)	638,40	6
+05364	Pyloroplastie et vagotomie	666,70	6
	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:		
+05365	sans vagotomie	583,30	5
+05366	avec vagotomie	666,70	6
	Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:		
+05355	Gastroplastie de réduction	875,80	11
+05305	Gastroplastie prothétique ajustable	625,00	11
+05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	1 146,25	11
+05307	avec cholécystectomie, supplément	262,55	
+05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	1 146,25	11
+05309	avec cholécystectomie, supplément	262,55	
+05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	701,25	7
+05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	428,60	5
+05376	Gastrorraphie ou duodénorraphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie	464,55	9
	INTESTIN (à l'exception du rectum)		
	Incision		
+05108	Endoscopie de l'intestin lors d'une laparotomie, supplément de	75,50	
+05027	Iléostomie	334,90	5
+05125	Entérostomie ou jéjunostomie	208,35	5
+05028	Extériorisation de l'intestin, premier temps de Mikulicz	294,80	4
+05029	Colostomie	324,80	5
+05030	Caecostomie	294,60	5

		R = 1	R = 2
	Révision d'entérostomie plus de 4 semaines après l'intervention originale		
+05088	sus-fasciale	89,60	4
+05089	sous-faciale	300,00	4
+05090	Entéro-entérostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	344,35	7
+05091	Colo-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	351,80	6
+05092	Entéro-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	349,25	6
	Entérotomie ou colotomie avec exploration (incluant biopsie unique ou multiple) exérèse de corps étranger ou exérèse de polype (unique ou multiple)		
+05093	unique	349,40	6
+05094	multiple	429,55	8
+05095	Colo-myotomie (myotomie de Reilley)	362,75	6
	Excision		
+05121	Diverticule de Meckel	312,45	4
+05138	Excision locale de lésion intestinale	300,00	6
+05139	Résection d'intestin extériorisé	175,75	6
	Résection intestinale, sans anastomose		
+05136	résection intestin grêle ou côlon avec iléostomie incluant la fermeture du bout distal	508,80	9
	Colectomie partielle avec amputation abdomino-périnéale du rectum et colostomie		
+05160	un (1) chirurgien	840,95	11
	deux (2) chirurgiens		
+05162	chirurgien abdominal	625,00	11
+05163	chirurgien périnéal	226,80	
	Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie		
+05233	un chirurgien	950,00	11
	deux chirurgiens		
+05234	chirurgien abdominal	825,05	11
+05235	chirurgien périnéal	226,80	
+05225	iléostomie continente (Kock), supplément	159,55	
	Résection intestinale avec anastomose		
+05140	grêle	437,50	9
+05141	iléon terminal, caecum	508,60	9
+05142	iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique (hémicolectomie droite)	505,55	9
+05154	côlon transverse ou segment du côlon gauche	507,20	9
+05164	hémicolectomie gauche	615,30	9
+05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie	802,85	11
+05165	résection partielle du côlon avec colostomie et fermeture du rectum distal (Hartman)	517,10	9
+05166	résection totale du côlon avec iléostomie et fermeture du rectum distal	799,70	11
	Colectomie totale avec résection de la muqueuse du rectum, formation d'un réservoir iléal, anastomose iléo-anale et iléostomie de dérivation		
+05279	un (1) chirurgien	1 050,05	14
	deux (2) chirurgiens		
+05280	chirurgien abdominal	918,75	14
+05281	chirurgien périnéal	231,20	

		R = 1	R = 2
+05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir continent avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	918,75	14
+05229	iléostomie continente (Kock), supplément	136,10	
+05230	conversion d'une iléostomie conventionnelle en une iléostomie continente (Kock)	578,30	7
	Réparation		
+05380	Fistule stercorale - résection radicale	494,75	6
+05381	Caecopexie ou sigmoïdopexie	262,55	3
+05382	Révision de colostomie, cicatrice superficielle (sus-fasciale)	75,75	4
+05383	Reprise de colostomie, en profondeur (sous-fasciale)	359,35	6
+05397	Transposition de colostomie ou d'iléostomie dans un autre site avec ou sans laparotomie	422,80	5
+05389	Suture intestinale (lacération de part en part)	234,35	4
+05390	Fermeture d'entérostomie	399,85	7
+05391	Fermeture de colostomie	311,15	6
+05392	Suture de l'intestin avec colostomie	340,15	5
+05393	Suture du mésentère post-traumatique	262,55	4
+05394	Plicature du grêle (noble)	430,85	7
+05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale	385,50	14
	Manipulation		
+05805	Réduction de prolapsus	18,15	
+05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	16,90	
+05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	39,25	
	Occlusion intestinale		
+05384	sans résection	374,90	6
+05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale	343,65	6
+05386	avec anastomose	559,35	9
+05374	avec entérostomie, résection et fermeture subséquente d'entérostomie	605,85	9
+05362	Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	532,95	14
+05361	Cure d'iléus méconial avec iléostomie en « Y » (type Bishop-Koop ou Santulli)	662,75	14
	APPENDICE		
	Incision		
+05036	Drainage d'abcès appendiculaire	224,95	5
	Excision		
+05201	Appendicectomie, toute voie d'approche	270,65	3

		R = 1	R = 2
	RECTUM		
	Incision		
	Proctotomie		
+05040	avec exploration	98,70	4
+05041	avec décompression (imperforation anale)	98,70	4
+05042	avec drainage (abcès périrectal)	100,15	6
+05044	ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale de l'espace pelvi-rectal supérieur ou de la loge rétrorectale	113,65	3
+05045	Myotomie ano-rectale par voie périnéale	187,00	4
	Excision		
+05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne du rectum	153,10	4
+05182	Exérèse d'une tumeur villeuse du rectum par voie anale	267,65	4
+05183	Exérèse par voie périnéale ou abdominale d'une tumeur ou récidive de tumeur maligne du rectum	348,70	7
+05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	702,95	11
+05250	Rectotomie postérieure Kraskee	312,55	4
	Protectomie		
+05240	résection antérieure	706,80	11
+05241	résection périnéale, deux temps	430,85	9
	résection abdomino-périnéale, avec « pull-through » ou colostomie		
+05242	un (1) médecin chirurgien	827,10	13
	équipe de deux (2) médecins chirurgiens		
+05243	médecin chirurgien abdominal	612,50	13
+05244	médecin chirurgien périnéal	221,10	
+05283	colostomie lors d'un «pull-through», supplément	143,75	
+05245	Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	690,10	9
+05253	Opération pour mégacôlon congénital toute technique	714,30	14
05812	Ablation de corps étranger, selon la nature	C.S.	4
	AVIS : *Voir règle 1.1.2 du préambule général.*		
+05262	Résection du muscle pubo-rectal avec ou sans coccygectomie	175,75	4
+05304	Tératome sacro-coccygien (excision)	498,85	14
	Réparation		
+05400	Anastomose du rectum (avec segment proximal)	585,60	9
+05401	Proctostomie	209,75	4
	Imperforation anale		
+05418	voie périnéale	294,80	14
+05434	voie sacro-coccygienne	510,25	14
+05437	voie abdominale et périnéale	634,95	14

		R = 1	R = 2
	Protopexie		
+05403	par voie abdominale	337,60	6
+05407	avec résection du sigmoïde	475,05	6
	Prolapsus rectal		
+05404	excision de la muqueuse (prolapsus muqueux)	209,75	4
+05405	réparation périnéale majeure (Altmeier)	347,20	6
+05406	approche abdominale	466,35	6
	Suture du rectum (post-traumatique)		
+05410	approche extrapéritonéale	214,80	4
+05411	approche intrapéritonéale	417,30	6
	Fermeture de fistule		
+05412	recto-vaginale	386,75	5
+05413	recto-vésicale	441,85	5
	Manipulation		
+05802	Dilatation de sténose rectale, avec ou sans rectosigmoïdoscopie	33,75	3

ANUS

Incision

+05050	Fistulotomie extrasphinctérienne	45,40	3
+05051	Fistulotomie intrasphinctérienne	223,30	4
+05052	Sphinctérotomie	60,90	3
+05055	Cryptotomie	18,20	3

Excision

+05143	Cryptectomie simple	40,05	3
+05144	Excision de peau périanale (languette) et/ou de marisque (P.G. 2.4.7.7 B)	46,20	3
+05184	Exérèse de papillome (papille hypertrophiée)	46,60	3
+05185	Cryptectomies et papillectomies multiples	104,95	4
+05186	Excision locale pour lésion maligne	243,75	4
+05187	Polype anal, paquet hémorroïdaire, un (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	46,25	3
+05257	Fissurectomie sans sphinctérotomie	84,60	4
+05258	Fissurectomie avec sphinctérotomie	113,65	4
	Hémorroïdectomie		
	avec ou sans restosigmoïdoscopie avec ou sans réparation de fissure		
+05252	externe, unique ou multiple (P.G. 2.4.7.7 B)	91,90	4
	interne et externe, incluant les languettes périanales et l'anoplastie du sphincter anal		
+05248	avec ou sans dilatation anale, avec ou sans cryptectomie, avec ou sans excision ou incision d'hémorroïdes thrombosées, avec ou sans papillectomie, avec ou sans exérèse de prolapsus muqueux	216,55	4
+05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie sous anesthésie	78,20	4
+05249	Hémorroïdectomie selon la technique de McGivney, Barron, et al, par séance (P.G. 2.4.7.7 B)	47,45	3
	Fistulectomie		
+05254	extrasphinctérienne	137,50	4
+05255	intra ou suprasphinctérienne	223,30	4

		R = 1	R = 2
+05256	Hémorroïdes thrombosées (P.G. 2.4.7.7 B)	19,10	3
	Réparation		
+05303	Curetage de fissure ou fistule	42,30	3
+05313	Cautérisation ou cryochirurgie	27,25	3
+05314	Fulguration de condylomes ou cryochirurgie de condylomes, un ou plusieurs, toute technique	58,70	3
+05310	Électrocoagulation d'hémorroïdes ou cryochirurgie d'hémorroïdes	69,90	3
+05420	Excision de cicatrice pour sténose	95,25	3
	Anoplastie		
+05421	pour sténose	231,20	14
+05423	pour membrane	130,40	14
+05422	plastie du sphincter anal pour incontinence	231,20	4
+05428	plastie du sphincter anal et anneau anorectal incluant transplantation musculaire	272,15	5
+05426	encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	104,95	3
+05427	ligature simple des pédicules hémorroïdaires	92,50	3
	Manipulation		
+05816	Dilatation anale pour fissure sous anesthésie générale	29,95	4
	FOIE		
	Incision		
	Hépatotomie		
+05057	exploratrice	328,85	4
+05059	drainage d'abcès ou kyste	377,55	4
+05060	ablation de corps étranger	392,35	4
	Excision		
	Hépatectomie		
+05145	excision locale de lésion	338,60	6
+05146	lobaire (réglée)	1 100,05	17
+05147	partielle (résection de foie)	569,15	11
+05148	Biopsie hépatique incisionnelle ou à l'aiguille au cours de toute laparotomie, une (1) ou plusieurs, supplément	72,90	
	Réparation		
+05430	Marsupialisation de kyste ou d'abcès	328,85	7
+05417	Ligature de l'artère hépatique pour métastases	362,75	7
+05431	Rupture ou plaie	427,45	7
	Transplantation hépatique		
	Intervention « donneur »		
+05429	hépatectomie totale	625,15	11
	Intervention « receveur »		
+05450	transplantation orthotopique greffe et hépatectomie totale	2 834,55	17
+05451	transplantation auxiliaire, greffe	2 834,55	17

		R = 1	R = 2
	VOIES BILIAIRES (avec ou sans cholangiographie peropératoire)		
	Manipulation		
+05109	Cholangiographie peropératoire à l'aide d'une aiguille par injection directe dans les voies biliaires sans chirurgie au niveau de la vésicule ou des voies biliaires, supplément	44,25	
+05037	Remplacement du tube de terblanche incluant la fluoroscopie	87,30	3
	Incision		
+05049	Hépaticotomie ou cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	419,55	6
+05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie	231,20	4
+05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	587,90	9
+05419	Cholécystentérostomie ou cholécysto-duodénostomie ou cholécysto-jéjunostomie	403,65	6
+05433	Cholécysto-gastrostomie	351,50	6
	Excision		
+05149	Biopsie des voies biliaires	168,75	4
+05150	Lésions des canaux biliaires	385,50	7
+05151	Exérèse du canal cystique restant	294,80	4
+05259	Excision de l'ampoule de Vater	425,05	4
+05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	454,50	4
+05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements autorisés par le Ministre : voir système digestif, annexe)	317,45	6
	AVIS : *Voir la liste des établissements autorisés en annexe, à la fin du présent onglet.*		
+05264	Cholécystectomie et cholédochostomie	591,60	6
+05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctérotomie	555,60	7
+05271	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	687,55	9
+05277	Cholédochoscopie, supplément	72,90	
+05278	Cholécystectomie avec procédé antireflux	636,75	9
	Réopération sur les voies biliaires		
+05272	Cholédochotomie	589,30	7
+05273	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie)	555,60	8
+05274	Cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	657,60	9
+05436	Réparation de sténose du cholédoque	702,95	9
+05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu	775,00	9
+05440	Implantation de trajet fistuleux	294,80	7
+05441	Atrésie congénitale des voies biliaires, exploration seulement	351,50	12

		R = 1	R = 2
+05485	Atrésie des voies biliaires extra-hépatiques : cure par porto-entérostomie en « Y » avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique	895,70	14
+05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique	895,70	14
+05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	760,95	11
+05444	Fermeture de fistule biliaire	380,45	3

PANCRÉAS

Incision

+05074	Pancréatotomie	272,15	6
+05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	578,30	9
+05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
+	premier quart d'heure	61,30	7
+	chaque quart d'heure additionnel	30,65	

AVIS : *Pour le rôle 1 ou 4, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case* UNITÉS.

Excision

	Pancréatectomie		
+05155	sub-totale, simple, excluant la tête	540,00	12
+05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	1 197,85	17
+05218	cholécystectomie, supplément	196,35	
+05219	vagotomie, supplément	125,00	
+05157	excision locale de lésion	351,50	7
+05188	tumeur des îlots de Langerhans	612,20	12
+05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	782,35	14
+05268	pancréatographie peropératoire, supplément	44,25	
+05189	Excision de pseudo-kyste du pancréas	408,15	7
+05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	81,35	

Réparation

+05445	Pancréatico-gastrostomie	605,15	9
+05446	Pancréatico-duodénostomie	521,55	7
+05447	Pancréatico-jéjunostomie	575,05	9
+05448	Marsupialisation, pseudo-kyste du pancréas, drainage externe	294,80	7
	Intervention donneur		
+05415	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	566,90	10
	Intervention receveur		
+05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2 267,65	17

		R = 1	R = 2
	ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON		
	Incision		
+05010	Laparoscopie diagnostique	135,30	4
+05011	Laparoscopie diagnostique lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément.	77,85	2
	NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.		
+05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale.	85,05	3
+05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (à l'exception de biopsie du pancréas et ganglions aortiques)	248,00	6
+05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	269,05	6
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale *(*)*	C.S.	3
+05195	Sutures infectées sous anesthésie locale	92,00	
+05196	Sutures infectées sous anesthésie générale et révision de toute la plaie.	111,25	4
	Abcès péritonéal		
+05080	sous-phrénique	413,55	7
+05081	abdominal, unique ou multiple	321,75	6
+05073	Douglas, voie transrectale ou vaginale	124,75	4
+05083	abcès rétropéritonéal	387,55	7
+05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale (P.G. 2.4.7.7 A)	50,25	3
+05096	Cathétérisme portal par voie ombilicale incluant laparotomie	190,20	5
+05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	340,15	8
+05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	124,75	3
+05484	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse	168,45	2
+05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	141,70	3
	Excision		
05193	Tumeur desmoïde ou rétropéritonéale *(*)*	C.S.	6
+05194	Kyste du mésentère avec laparotomie	429,55	4
+05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	104,95	
+05266	Omphalectomie, plastie	98,70	3
+05267	Omentectomie totale ou sub-totale (au moins les deux tiers (2/3))	210,50	4
	NOTE : l'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie.		

AVIS : *(*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Réparation (toute voie d'approche)		
05454	Épiplooplastie incluant transfert d'épiploon *(toute indication)*	231,20	3
	Herniotomie inguinale ou fémorale		
05455	simple, unilatérale	268,80	3
05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocèle	270,65	4
05457	bilatérale en un temps	360,60	5
05458	unilatérale avec exploration de l'autre côté, patient de seize (16) ans ou moins	272,15	4
	Étranglée ou incarcérée		
05459	sans résection intestinale	268,75	4
05460	avec résection intestinale	512,50	7
05461	Herniotomie inguinale et fémorale	312,45	5
	Herniotomie ombilicale (incluant l'omphaloplastie)		
05462	patient de plus de seize (16) ans	257,05	4
05463	patient de seize (16) ans ou moins	196,35	4
05488	cure de hernie de Spiegel	248,65	4
05452	cure d'omphalocèle ou gastroschisis	272,15	14
05470	omphalocèle compliquée avec fermeture de la peau	306,15	14
	réparation avec sac de silon (omphalocèle)		
05473	premier traitement	300,00	14
05474	traitements subséquents	119,05	14
05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure	240,35	4
	Herniotomie diaphragmatique congénitale		
05478	voie abdominale ou thoracique	502,00	14
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale	625,00	14
05468	Herniotomie inguinale unilatérale avec orchidectomie	312,45	4
05469	Hernie incisionnelle	321,25	4
05476	Hernie récidivante	321,60	4
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément *(*)*	145,10	
05466	Exérèse complète d'une mèche de Marlex	250,05	5
05471	Hernie épigastrique	250,35	4
05475	Réparation d'éventration postopératoire	336,10	5
	Divers		
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	430,85	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome)	550,00	11
05489	Splanchnicectomie coeliaque trans-hiliale unie ou bilatérale, toute voie d'approche	442,20	8

AVIS : *(*) S'applique uniquement aux codes d'acte* ***05469, 05475*** *et* ***05476***

+

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie *(acte 05270)*

Région 03 - Québec : - CHUQ, Pavillon St-François d'Assise (0210X)

Région 05 - Estrie : - Hôpital CHUS Fleurimont (0116X)

Région 06 - Montréal : - CHUM, Hôpital St-Luc (0030X)
- Hôpital Royal Victoria (0025X) – fin : 2015-05-14
- Site Glen (0803X) – début : 2015-05-15

INDEX

Page

M - APPAREIL URINAIRE

Rein **M-2**
Uretère **M-4**
Vessie **M-5**
Urètre **M-7**

		R = 1	R = 2

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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 COMPLÉMENTAIRE*S.*

+06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	317,45	6

REIN

Incision ou extraction

+06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	236,00	4
+06036	Néphrostomie par voie rétrograde (type Lawson) incluant les tubes de drainage	170,05	2
+06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	117,95	3
+06012	Calicopyélostomie, incluant néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans exérèse de calculs	500,00	9
+06008	Extraction de calcul caliciel (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	340,15	7
+06004	Néphrotomie avec drainage (néphrostomie)	226,80	4
+06005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	500,00	9
+06006	Extraction de calcul pyélique (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	306,80	5
+06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance) et les tubes de drainage	226,80	3
+06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	192,75	4
+06009	Section de vaisseaux rénaux surnuméraires ou transposition (ne peut être associé aux codes 06320 ou 06332)	202,45	4

Excision

+06100	Biopsie du rein non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte chirurgical associé, faite par lombotomie	226,80	4
	Néphrectomie :		
+06101	partielle	772,05	7
+06115	totale incluant l'urétérectomie subtotale	629,95	7
+06200	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale	934,40	9

		R = 1	R = 2
+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	903,20	11
+06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faites dans la même séance et les tubes de drainage	340,15	5
+06204	Marsupialisation de kyste rénal, unique ou multiple, ou exérèse ou les deux, unilatéral (ne peut être associé à un code de chirurgie rénale ouverte)	250,05	5
	Transplantation rénale excluant la thérapie immuno-suppressive		
+06221	un (1) chirurgien	758,70	11
	équipe de deux (2) chirurgiens		
+06222	temps vasculaire	476,20	11
+06223	temps urologique	204,10	
	néphrectomie		
+06213	chez le donneur vivant	396,85	9
+06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	425,05	9

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.*

- *Inscrire un « **A** » dans la case* C.S. *et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Réparation

+06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	419,55	7
+06321	Pyéloplastie, toutes techniques, urétéro-pyéloplastie avec ou sans dérivation	312,55	5
+06322	Néphropexie	206,20	5
+06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplémentaire	43,80	
+06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	544,20	7

Suture

+06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	277,75	6
+06326	Fermeture de néphrostomie, de pyélostomie ou de toute autre fistule rénale	340,15	6

		R = 1	R = 2
	Opérations extra-rénales		
+06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	875,00	9
+06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	524,95	5

AVIS : *Pour la facturation des actes **06161** ou **06162**, joindre le compte rendu opératoire.*

URETÈRE

Incision ou extraction

+06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle . . . . . NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation urétro-vésicale ou urétéro-rénale.	235,65	3
+06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	325,55	4
+06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	575,05	5
+06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée), incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance	657,50	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06008, 06005, 06006 et 06029 dans une même séance.		
+06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations urétro-vésicales et urétéro-rénales	533,15	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.		
	Excision		
+06109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	240,60	3
+06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	406,00	4
+06111	Traitement de tumeurs malignes de l'uretère par urétéroscopie, résection, électro-coagulation ou Laser incluant les biopsies de l'uretère, la dilatation urétérale et les tubes de drainage	476,20	5

		R = 1	R = 2
	Réparation		
+06330	Urétérolyse unilatérale	294,60	4
+06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de six (6) cm ou plus	544,20	6
+06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie (anastomose complète urétéro-pyélique ou urétéro-urétérale) avec ou sans néphrostomie (ne peut être jumelé à l'acte 06321)	402,80	6
+06334	Trans-urétéro-urétérostomie	653,10	7
+06337	Cure endoscopique de relfux vésico-urétéral par injection sous muqueuse de teflon (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	408,15	5
+06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage si plus de six (6) cm)	643,35	6
+06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale avec ou sans urétérolyse	286,45	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
+06305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres)	520,75	7
+06315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock et autres)	1 133,75	15
+06338	Conduit urétéro-iléal ou colonique avec cystectomie totale ou cysto-prostatectomie, excluant évidement ganglionnaire	1 428,00	16
+06324	Urétérosigmoïdostomie unilatérale	249,45	8
+06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	761,90	7
+06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	102,05	4
+06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	272,15	5
+06318	Urétéro et/ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal)	340,15	8
	Suture		
+06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère)	257,75	6
06346	Reprise de conduit iléal *(voir règle 1.1.2, préambule général)*	C.S.	6
+06350	Opération de Boari	679,20	7
	VESSIE		
	Incision		
+06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection trans-urétrale, incluant la cysto-urétroscopie	179,90	3
	Cystostomie		
+06020	isolée	130,40	4
+06023	avec électrocoagulation ou excision de tumeur vésicale ou les deux, avec ou sans extraction de calculs	184,15	4
+06025	avec implantation de stimulant électrique	198,45	3
+06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	168,75	3

		R = 1	R = 2
+06018	Dénervation de la vessie par transsection	283,50	7
+06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés par laminectomie, incluant les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boitier en sous-cutané	907,10	11
+06022	Ouverture et drainage d'un abcès de l'espace péri ou pré-vésical	119,05	4
	Excision		
+06159	Vésicostomie cutanée	340,15	3
	Cystectomie		
+06113	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple	329,05	5
+06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale	446,90	7
+06205	totale excluant évidement ganglionnaire	797,60	11
+06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	192,75	4
----	Prostatectomie transurétrale de tissu prostatique résiduel	(voir génital mâle, prostatectomie)	
	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique)		
+06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple	257,05	3
	Introduction		
	Dilatation de la vessie	(Voir actes diagnostiques et théapeutiques	
	Destruction		
+06301	Litholapaxie, broyage d'un (1) ou plusieurs calculs et extraction des fragments	135,30	3
	Réparation		
+06352	Cystostomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	544,20	5
+06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation, excluant la cystectomie partielle, le cas échéant	653,10	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, excluant la cystectomie totale, les anastomoses urétéro-intestinales et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
+06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	761,90	12
+06336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 250,05	15
+06277	Valve de continence, supplément par valve	113,35	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
+06343	univalvulaire	625,95	14
+06344	plurivalvulaire	714,30	14
+06383	Plastie pour exstrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	761,90	14

		R = 1	R = 2
	Suture		
+06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie	304,60	5
+06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	340,15	3
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
+06402	par voie suspubienne	406,25	5
+06403	par voie vaginale	330,75	4
+06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	312,55	4
	URÈTRE		
	Incision		
+06030	Urétrostomie externe antérieure	105,45	3
+06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	136,10	4
+06032	Méatotomie comportant la section du méat, de l'hémostase et l'approximation des muqueuses	31,25	3
	Ouverture et drainage		
+06033	d'un abcès périurétral profond	118,95	4
+06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	194,60	4
	Excision		
+06190	Excision ou électrocoagulation d'un caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	62,55	3
+06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme et femme)	187,60	4
+06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	175,75	3
+06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	176,85	4
+06215	Urétrectomie totale	300,00	5
+06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale, le cas échéant	102,05	4
	Réparation		
+06362	Urétropexie toute technique avec ou sans dérivation urinaire, incluant la cytoscopie peropératoire	294,65	4
	Urétrolyse post-urétropexie		
+06037	par voie sus-pubienne	496,60	6
+06014	par voie vaginale	246,30	6
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section.		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire		
+06446	pour urètre antérieur, en un (1) temps, avec greffe	255,10	3
+06447	pour urètre antérieur, en un (1) temps, sans greffe	226,80	3
+06448	pour urètre antérieur, en deux (2) temps, chaque temps	187,60	4
+06449	pour urètre postérieur, en deux (2) temps, chaque temps	226,80	3
+06450	pour urètre postérieur, en un (1) temps, avec greffe	323,10	4

		R = 1	R = 2
	Correction d'incontinence urinaire		
+06453	incluant prothèse par voie périnéale (Kaufmann ou autres)	204,10	4
+06417	sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	510,25	9
+06374	Tubularisation urétro-vésicale (Young-Dees, Tangho,etc). . . .	761,90	7
+06454	Exploration du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant l'exérèse si nécessaire.	204,10	3
+06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon .	130,40	3
+06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence . . .	87,30	3
	Suture		
	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire		
+06366	pour rupture antérieure.	90,70	3
+06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	481,25	7
+06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	282,25	6
+06369	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire sans lambeau.	272,15	4
+06302	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire avec lambeau	340,15	3
+06370	Fermeture de fistule urétro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	223,35	3
+06371	Fermeture de fistule urétro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	328,85	5
+06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	170,05	4
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
+06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau. . .	68,00	4
+06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur . .	170,05	4
+06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	283,50	5
+06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	566,90	9

INDEX

Page

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

Pénis **N-2**
Testicules. **N-3**
Épididyme **N-4**
Tunique vaginale **N-4**
Scrotum **N-4**
Canal déférent **N-5**
Cordon **N-5**
Vésicule séminale **N-5**
Prostate **N-6**

		R = 1	R = 2

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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

Incision

+06026	Traitement chirurgical du priapisme par anastomose vasculaire (toute technique) incluant anastomose caverno-spongieuse	226,80	3
+06040	Traitement chirurgical du priapisme sans anastomose vasculaire (toute technique)	175,05	2
+06027	Implantation de prothèse non gonflable pour impuissance organique	192,75	3
+06028	Implantation de prothèse gonflable pour impuissance organique	340,15	4

Excision

Traitement pour pathologie du prépuce incluant l'allongement du frein

+06126	par technique à la cloche	21,75	
+06127	toute autre technique	81,15	3

NOTE : l'allongement du frein ne donne pas droit à ce tarif et sa rémunération est incluse dans celle de l'examen ou du service médical associé.

AVIS : *La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte* ***06126*** *ou* ***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.

Amputation

+06119	partielle du pénis, incluant segment d'urètre	300,00	4
+06218	complète du pénis, incluant urétrostomie périnéale	600,05	3
+06120	excision ou fulguration de lésions locales du pénis ou les deux	32,45	2
+06121	Exérèse de prothèse pénienne	170,05	2

Réparation

Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire

+06354	correction en un (1) temps (toute technique)	204,10	3

		R = 1	R = 2
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire		
+06224	correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	408,15	5
+06226	correction de chordée	171,45	4
+06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	408,15	4
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire		
+06234	correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	840,05	11
+06236	correction de chordée	340,15	3
+06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	476,20	7
+06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias) avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanés	653,10	5
+06379	intervention supplémentaire pour correction de fistule urétro-cutanée, une (1) ou plusieurs	68,00	4
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias		
+06228	avec désinsertion des corps caverneux	396,85	7
+06229	sans désinsertion des corps caverneux	238,10	4
	Reconstruction pour transposition péno-scrotale avec ou sans dérivation urinaire		
+06238	sans urétro-plastie	408,15	3
	Plastie du pénis corps caverneux spongieux		
+06380	Après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	262,55	3
+06432	Pour épispadias premier temps avec plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	566,90	7
+06433	Pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	736,95	11
+06382	Pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en deux (2) temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	340,15	3
+06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	1 133,75	17
	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	412,85	7
+06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	510,25	9

TESTICULES

Excision

+06122	Castration simple uni ou bilatérale	143,75	4
+06125	Orchiectomie par voie inguinale	223,30	4

NOTE : Si cure de hernie associée, voir code 05468, système digestif (cas particulier : C.S.).

AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Réparation		
+06385	Exploration chirurgicale pour torsion de l'hydatide et réparation	131,25	2
+06386	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant	243,55	2
+06285	Orchidopexie	406,00	3
+06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	338,25	5
+06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	223,30	4
+06388	Rupture du testicule (réparation)	124,75	4
	ÉPIDIDYME		
	Excision		
+06128	Épididymectomie unilatérale	113,35	2
+06129	Exérèse de spermatocèle	135,30	2
	Réparation		
+06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	113,35	3
+06401	Création d'un spermatocèle, à l'aide d'une greffe veineuse à l'épididyme, incluant la prise du greffon	170,05	4
+06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	226,80	5
	TUNIQUE VAGINALE		
+06393	Cure d'hydrocèle ou d'hématocèle unilatérale	135,30	2
	SCROTUM		
+06389	Traitement d'hydrocèle ou spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration le cas échéant	32,45	
	Incision		
+06394	Ouverture et drainage d'abcès intra-scrotal ou d'un hématocèle (P.G. 2.4.7.7 A)	66,30	3
	AVIS : *Voir règle 2.4.7.7 du préambule général.*		
+06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épididymaire, unilatérale	162,35	3
	NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 05456 ou 06389 lorsqu'effectués du même côté lors d'une même séance.		

		R = 1	R = 2
	Excision		
----	Exérèse de lésion de la peau du scrotum	(Voir peau - phanères)	
+06106	Résection partielle du scrotum.	140,15	4
06107	Résection totale ou complète du scrotum	C.S.	5
	AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*		
	CANAL DÉFÉRENT		
	Excision		
+06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale (toutes techniques).	70,25	3
	Composante technique (en cabinet privé) supplément (MOD 053)	22,60	
	AVIS : *Lorsque le supplément de 22,60 $ pour la composante technique est réclamé, inscrire dans la case* MOD*, le modificateur* ***053*** *sur la même ligne que le code d'acte* ***06232*** *et dans la case* HONORAIRES*, le tarif de cet acte majoré de 22,60 $.*		
	Réparation		
+06395	Vaso-vasostomie unilatérale.	113,35	3
+06444	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie.	270,65	5
	CORDON		
	Excision		
+06167	Exérèse d'un kyste du cordon	113,35	2
+06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, excluant l'approche scrotale, non associé à une autre chirurgie inguinale ou scrotale ou les deux	184,15	3
	VÉSICULE SÉMINALE		
	Incision		
+06050	Vésiculotomie de drainage.	231,20	2
	Excision		
+06235	Vésiculectomie	317,45	4

		R = 1	R = 2
	PROSTATE		
	Incision		
+06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	209,75	4
+06055	Biopsie ouverte, voie périnéale	153,10	3
+06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	170,05	3
+06056	Exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin	468,80	4
	Excision		
	Prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
+06240	suspubienne (un (1) ou deux (2) temps)	403,30	4
+06241	rétropubienne simple	390,65	4
+06242	périnéale simple	374,95	5
+06243	rétropubienne radicale incluant vésiculectomie mais excluant évidement ganglionnaire	840,05	9
+06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale excluant évidement ganglionnaire	875,00	6
+06247	transurétrale	402,00	5
+06246	par cryochirurgie	340,15	4
+06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie	104,35	4
	Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant		
+06060	réintervention après un (1) an ou plus	368,20	5
+06061	réintervention en moins d'un (1) an	248,00	5
+06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection trans-urétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès	226,80	5

INDEX

Page

P - GYNÉCOLOGIE

Vulve et orifice inférieur du vagin **P-2**
Vagin **P-2**
Trompes **P-3**
Ovaires **P-4**
Utérus et col utérin **P-4**
Divers **P-7**

		R = 1	R = 2

P - GYNÉCOLOGIE

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir la règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec ***le modificateur 093 ou 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 : Les chirurgies gynécologiques peuvent être effectuées par chirurgie conventionnelle, par technique endoscopique ou au laser.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

Incision

+06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	79,50	3
+06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (P.G. 2.4.7.7 A)	79,70	3

Excision conventionnelle ou au laser

+06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes) (P.G. 2.4.7.7 A)	31,60	3
+06169	Condylomatose ano-génitale diffuse intéressant au moins 50 % de la région ano-génitale (sous anesthésie générale seulement)	134,05	3
+06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin (P.G. 2.4.7.7 A) .	81,15	3
+06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux.	110,45	3
	Vulvectomie		
+06253	simple ou réintervention dans le cas du cancer	206,15	3
+06254	radicale sans lymphadénectomie	442,20	5
+06256	radicale avec lymphadénectomie inguino-pelvienne . . .	839,00	8
+06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux . .	81,15	3
	Plastie des grandes lèvres		
+06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	117,20	4

VAGIN

Incision

+06065	Culdocentèse	29,45	3
+06066	Colpotomie (exploration et drainage)	112,55	3

		R = 1	R = 2
	Introduction		
+	Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion, l'examen, la visite et la consultation		
06074	première (par période annuelle)	63,85	3
06075	subséquente	38,80	3
	maximum, une (1) colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin. L'honoraire de toute autre colposcopie est inclus dans celui de l'examen.		
	NOTE : la première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.		
	Excision conventionnelle ou au Laser		
06249	Colpectomie pour lésions malignes	600,05	7
----	Caroncule urétral ou ectropion (Voir appareil urinaire)		
06141	Exérèse d'un septum vaginal	116,65	3
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	79,70	3
	Réparation avec ou sans dérivation urinaire		
06400	Cystocèle (urétrocèle)	214,10	3
06405	ou rectocèle	212,05	3
06406	et rectocèle	288,95	4
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	151,20	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	103,40	
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	286,45	4
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	381,10	3
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	249,45	3
06411	Colpocléisis	297,65	3
	Urétropexie sus-pubienne		
06412	Marschall-Marchetti ou autres	286,45	3
06414	Entérocèle ou colpocèle par voie vaginale	288,40	4
06415	Vaginoplastie (sténose)	81,15	3
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	181,45	3
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	408,15	9
	Suture		
06421	Colpopérinéorraphie (blessure non obstétricale)	159,90	3
	TROMPES		
	Excision		
06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	352,00	3

		R = 1	R = 2
	Réparation		
06458	Tubuplastie sans microscope, unilatérale ou bilatérale .	353,40	3
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, uni latérale ou bilatérale	720,30	7
	Suture		
06430	Traitement chirurgical, grossesse tubaire (ectopique) *(*)*	353,60	4
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage	162,35	3
06451	avec avortement thérapeutique *(*)*	218,10	3
	OVAIRES		
	Excision		
06188	Kyste ovarien, para-ovarien (incluant hydatide de Morgani) unilatéral ou bilatéral	352,40	4
06177	Tumeur intraligamentaire	300,45	3
06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale.	352,65	4
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	348,65	4
	Réparation		
	Chirurgie conservatrice de l'endométriose		
06288	Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins trois (3) des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, répéritonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie.	703,05	7
	AVIS : *Indiquez ces trois chirurgies ainsi pratiquées dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes.	353,90	4
06263	Ovariopexie	345,05	4
	UTÉRUS ET COL UTÉRIN		
	Incision		
06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes.	345,05	4
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	267,65	4
06069	Laparotomie avec lymphadénectomie	405,00	4
06073	Laparotomie de contrôle pour néoplasie ovarienne, avec ou sans biopsie	325,25	4
06072	Métroplastie (utérus septus)	300,45	4

AVIS : *(*) L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD **050**) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.*

		R = 1	R = 2
	Excision conventionnelle ou au laser		
06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (P.G. 2.4.7.7 A)	78,95	3
06146	Conisation diagnostique du col au laser ou au bistouri (sous anesthésie générale ou péridurale seulement)	148,85	3
+	Thérapie cervicale, incluant l'examen ou la visite		
06811	pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	52,85	3
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	26,75	3
	Myomectomie		
06142	cinq (5) cm ou moins et cinq (5) myomes ou moins	351,60	3
06143	plus de cinq (5) cm ou plus de cinq (5) myomes	435,95	4
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	438,40	3
06154	Technique laparoscopique, supplément	165,05	2
06178	Polypectomie simple	12,75	3
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	434,70	4
06252	Hystérectomie abdominale totale et Marschall Marchetti avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	507,75	4
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	764,75	7
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	437,05	4
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux.	761,95	9
06192	avec résection du grêle incluant les anastomoses et l'iléostomie au même site, supplément	215,40	
06193	avec résection du colon incluant les anastomoses et la colostomie au même site, supplément	226,80	
06194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	283,50	
06195	avec iléostomie ou colostomie, ou les deux, à un autre site que la résection, supplément	170,05	
	Trachélectomie		
06267	abdominale	331,30	4
06268	vaginale	213,45	4
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	870,80	11
	Hystérectomie radicale		
06270	avec lymphadénectomie pelvienne et avec biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 162,50	11
06230	avec paramétriectomie pelvienne et biopsie des gq	1 054,50	11

		R = 1	R = 2
	Exentération pelvienne		
06275	antérieure	2 278,50	17
06271	postérieure	1 984,15	17
06272	antérieure et postérieure	2 834,55	17
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	475,05	4
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	507,75	4
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	473,65	4
06381	Sympathectomie présacrée	300,45	4
	Introduction		
06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie	121,75	3
06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	112,55	1
06456	avec ablation de l'endomètre par électrocautérisation ou laser, supplément	202,90	2
------	Laparoscopie	(Voir appareil digestif)	
	Réparation		
06431	Examen gynécologique sous anesthésie générale pour lésion cancéreuse du tractus génital avec ou sans biopsie	68,00	2
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	331,30	6
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature des trompes	300,45	4
06443	Watkins ou LeFort	200,00	2
	Manipulation		
06817	Réduction manuelle inversion utérine	93,75	2
	Avortement incomplet (spontané)		
06900	par extraction menstruelle *(*)*	33,00	
06906	par curetage *(*)*	123,80	3
	Avortement thérapeutique		
06908	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	33,00	
06938	en cabinet, supplément	14,75	
06909	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	116,90	3
06939	en cabinet, supplément	36,95	

AVIS : *(*) L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD **050**) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.*

		R = 1	R = 2
	Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines : Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)		
+06941	aspiration, curetage et évacuation du foetus (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	275,05	3
06947	en cabinet, supplément	36,95	
	Deux temps :		
+06948	1er temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du foetus (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	165,05	3
+06949	2e temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	123,80	3
06951	en cabinet, supplément	30,45	
+06924	Cerclage du col chez la parturiente *(*)*	100,80	3
+06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (P.G. 2.4.7.7 A) *(*)*	118,45	3
06953	en cabinet, supplément	34,85	

DIVERS

+06464	Injection intrautérine ou intrafoetale sous guidage échographique à partir de vingt (20) semaines de grossesse en prévision d'un avortement thérapeutique, une ou plusieurs, incluant l'amniocentèse, le cas échéant, et l'examen	95,95	
	NOTE : Ne peut être réclamé avec un service de la section « Échographie pelvienne ou obstétricale » du Manuel des Services de laboratoire en établissement ». L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas à ce service.		
	Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif		
+06980	un seul implant	104,25	
+06981	plus d'un implant à la même séance	133,45	
+06982	Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané	119,90	
+06983	Exérèse de plus d'un implant à la même séance	162,35	

AVIS : *(*) L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.*

INDEX

Page

Q - OBSTÉTRIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER **Q-2**

Obstétrique **Q-9**

ANNEXE I

Césarienne dans les cas complexes (Acte codé 06946) et Extraction manuelle ou instrumentale (Acte codé 06907) **Q-12**

Q - OBSTÉTRIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1. Pour fins de rémunération, les soins obstétricaux se divisent comme suit :

a) les soins prénatals;
b) l'accouchement;
c) les soins du post-partum;
d) les autres actes reliés à l'accouchement.

2. Les soins prénatals suivants sont rémunérés au tarif établi pour chaque acte :

- les examens et visites prénatals;
- l'avortement thérapeutique;
- le curetage utérin pour avortement incomplet;
- le cerclage du col;
- la transfusion foetale intra-utérine;
- la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, la visite, l'exécution et les soins postnatals;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire.

3. Accouchement

Sous réserve des articles 2 et 5 du présent préambule, la rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens et les visites durant le travail;
- la stimulation du travail;
- la rupture des membranes;
- le désencerclage du col;
- toute forme d'anesthésie locale;
- le bloc para-cervical;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou, lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- l'amniocentèse;
- la réparation de lacérations du col;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux externes.

\+ **4.** Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement par voie vaginale et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Il en est de même des soins post-partum (excluant les soins postopératoires) dispensés le jour de la césarienne et les sept (7) jours suivants à l'égard d'une patiente dont le suivi de la grossesse a été effectué par un médecin omnipraticien. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par voie vaginale, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par césarienne (excluant les soins post-opératoires), un maximum de deux (2) médecins peuvent se prévaloir de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable.

\# ***AVIS :*** *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe, chacun des médecins doit utiliser le modificateur* ***382*** *et réclamer 50 % du code d'acte* ***06901*** *ou* ***06992****. Veuillez indiquer dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins ayant facturé l'honoraire global pour les soins post-partum de la patiente.*

Toutefois, dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum le jour de l'intervention et les sept (7) jours suivants. Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne et cette rémunération couvre les soins du post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne est alors réduite en conséquence.

AVIS : *Le médecin qui a pratiqué la césarienne et qui confie les soins postopératoires à un autre médecin a droit à 75 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD* ***024*** *(75 %) et identifier dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *de la* Demande de paiement – Médecin *(n^{o} 1200), le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires. Le médecin à qui les soins postopératoires ont été confiés a droit à 25 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD* ***025*** *(25 %) et identifier dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *de la* Demande de paiement – Médecin *(n^{o} 1200), le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la césarienne.*

5. Les actes suivants reliés à l'accouchement sont rémunérés au tarif établi;

- la stérilisation post-partum;
- lorsqu'il y a rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- toute manoeuvre obstétricale (y compris les sutures de lacérations cervicales) autre que la césarienne ou l'accouchement faite par le consultant.

6. Si, en raison de la gravité et de la complexité de l'état de la parturiente, le médecin traitant requiert les services d'un médecin consultant :

a) le médecin consultant a droit, s'il effectue seulement une consultation, à l'honoraire de consultation prévue au tarif;

b) le médecin consultant a droit, pour la consultation et l'exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement, à l'honoraire prévu au tarif;

AVIS : *Voir le code d'acte* ***06914****, sous le présent onglet.*

c) le médecin consultant, s'il procède à la césarienne ou à l'accouchement lui-même, est rémunéré au taux prévu pour ces actes, cette rémunération incluant, le cas échéant, celle de toutes manoeuvres obstétricales; le médecin traitant a alors droit à l'honoraire prévu au tarif pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail.

AVIS : *Voir le code d'acte **06986**, **06987** ou **06988** sous le présent onglet.*

7. Présence d'un médecin à la salle d'accouchement

L'honoraire payable au médecin dont la présence est requise au moment de la naissance pour dispenser des soins au nouveau-né inclut, le cas échéant, la réanimation du nouveau-né et l'examen. Cet honoraire n'est pas payable au médecin qui est présent à la salle d'accouchement pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement de la parturiente.

AVIS : *Voir le code d'acte **06944**, sous le présent onglet.*

8. Honoraire global

Nonobstant la règle énoncée à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie, les examens ou visites effectués avant que ne débute le travail d'une parturiente, le jour de l'accouchement vaginal effectué par le médecin ou un médecin consultant ou de l'accouchement par césarienne lorsqu'effectué par un médecin consultant, sont payables selon les règles du préambule général.

AVIS : *Veuillez utiliser le modificateur **094** ou **un de ses multiples**, si l'examen a été effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes d'acte **06903, 06912, 06913** et **06984 à 06990** sont facturés.*

Il en va de même pour les examens ou visites effectués au chevet de la parturiente après le 2^{e} jour suivant l'accouchement ou après le 7^{e} jour suivant la césarienne.

L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas aux services suivants : **06925, 06928, 06930 et 06942**.

L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération d'un acte régi par le présent préambule.

9. Garde en disponibilité

Le médecin qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et les exerce a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue à un forfait annuel de 6 048 $ au 1er janvier 2012 et de 6 306 $ au 1er juin 2013, payable trimestriellement mais divisible en mois.

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***09776*** *dans la section* Actes*;*
- *le code d'établissement (0XXX3) où vous détenez ce privilège en obstétrique.*

La facturation s'effectue à la fin de chaque trimestre. Le montant annuel du forfait de garde est divisible par mois. Inscrire :

- *le nombre de mois (maximum de trois) dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires* ***par mois*** *:*
  - *de 504,00 $ du 1er janvier 2012 au 31 mai 2013;*
  - *de 525,50 $ à partir du 1er juin 2013 et reporter le montant approprié dans la case* TOTAL*;*

- *la date de l'acte qui correspond au dernier jour du trimestre ou du mois où a été effectuée la dernière période de garde;*
- *la date du début et de la fin du trimestre ou du dernier mois où une garde a été effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Les trimestres sont répartis comme suit :*
  - *1er juillet au 30 septembre;*
  - *1er octobre au 31 décembre;*
  - *1er janvier au 31 mars;*
  - *1er avril au 30 juin.*

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Rappel : La facturation du forfait ***09776*** *est incompatible avec la facturation du forfait de garde en disponibilité de l'E.P. - Garde en disponibilité (code* ***19058*** *ou* ***09705****).*

L'établissement adresse à la Régie le nom des médecins à qui il octroie des privilèges en obstétrique, et qui les exercent. Il informe également la Régie du nom des médecins qui cessent d'exercer leurs privilèges.

10. Mentorat

Le médecin détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés peut agir à titre de mentor auprès d'un médecin qui débute la pratique de l'obstétrique au sein du même établissement.

Le mentorat consiste en une aide professionnelle apportée par un médecin mentor pour répondre aux besoins particuliers d'un médecin débutant en obstétrique lors du travail et de l'accouchement des vingt premières parturientes dont il effectue l'accouchement. Le médecin mentor doit être disponible au cours du travail de la parturiente et être présent lors de son accouchement ou de la prise de décision de procéder à l'accouchement par césarienne. Le mentorat comprend les gestes que peut poser le médecin mentor durant le travail ou l'accouchement pour assister le médecin débutant en obstétrique. Le mentorat vise le développement professionnel de ce médecin ainsi que le développement de ses compétences en obstétrique. Les modalités de fonctionnement sont convenues entre les deux médecins. Lors du mentorat, le médecin mentor réclame les mêmes services que ceux réclamés par le médecin débutant en obstétrique.

AVIS : ***Mentor***

Vous devez faire parvenir à la Régie une lettre dans laquelle vous faites part de votre intention de vous prévaloir de la mesure et d'agir comme mentor auprès de tout médecin de votre établissement qui débute ou reprend sa pratique en obstétrique en prenant soin de spécifier la date à laquelle cette période de mentorat débutera.

Cette information doit être transmise à la Régie une seule fois par établissement où vous désirez bénéficier de cette mesure.

Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Pour les fins des présentes dispositions, un médecin est considéré comme débutant la pratique de l'obstétrique dès lors qu'il n'a pas effectué vingt accouchements, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui a été accouchée par césarienne, au cours des quatre années précédentes. Il doit informer la Régie de son intention d'avoir recours au mentorat. Lors de chacun des vingt premiers accouchements qu'il effectue, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui est accouchée par césarienne, il peut alors faire appel à un mentor, qui pourra être différent d'un accouchement à l'autre.

Le médecin qui débute ou reprend sa pratique en obstétrique avise la Régie de la date de début de la période pendant laquelle il veut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS : ***Mentoré***

Vous devez faire parvenir à la Régie une lettre dans laquelle vous faites part de votre intention d'avoir recours au mentorat pour la pratique de l'obstétrique en prenant soin de spécifier la date à laquelle cette période de mentorat débutera.

NOTE : Le calcul pour déterminer si un médecin peut bénéficier du mentorat s'effectue sur les 4 années précédant la date où le médecin nous fait part de son adhésion à cette mesure.

Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

NOTE : Le médecin mentor doit réclamer un des actes suivants, selon ce qui est réclamé par le médecin mentoré : 06097, 06903, 06919, 06923, 06984, 06985, 06986, 06987 et 06988.

AVIS : ***Mentor***

Lorsqu'un service permis est demandé en tant que mentor, inscrire dans la case MOD*, le modificateur 400 sur la même ligne que le code d'acte et inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du médecin mentoré dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case* SON NUMÉRO*.*

Mentoré

Lorsqu'un service est demandé en tant que médecin mentoré, inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du mentor dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case* SON NUMÉRO*.*

NOTE : Pour une patiente donnée, le même jour qu'il se prévaut de ce paragraphe, le médecin mentor ne peut réclamer les actes suivants : 06914, 06916, 06921, 06922 et 06944.

11. Partage de la rémunération

Si en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique, le médecin qui a assuré le suivi du travail d'une parturiente doit se faire remplacer par un autre médecin, les médecins peuvent convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement.

Le ou chacun des médecins qui se fait remplacer en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique reçoit alors le tarif de l'honoraire global prévu pour cette situation et, le cas échéant, deux tiers (2/3) du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS : *Le médecin qui assure une partie des soins durant le travail et qui se fait remplacer par un autre médecin doit facturer à 100 % l'un des codes d'acte* ***06989*** *ou* ***06990*** *et, s'il y a lieu, les deux tiers du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte* ***06923****) en utilisant le modificateur* ***383****.*

\+ Le médecin qui assurait l'ensemble des soins de la parturiente immédiatement avant la prise en charge par le consultant qui a effectué la césarienne ou l'accouchement reçoit alors les deux tiers (2/3) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS : *Pour appliquer le partage de la rémunération entre le médecin qui vient remplacer un autre médecin en vue de poursuivre les soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne, le médecin remplacé doit utiliser le modificateur* ***383*** *afin de facturer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte relatif à l'ensemble des soins durant le travail (code d'acte* ***06986****,* ***06987*** *ou* ***06988****) et, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte* ***06923****).*

Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *le numéro de pratique du médecin que vous avez remplacé et avec lequel vous avez convenu d'un partage de la rémunération pour les soins rendus durant le travail.*

Le médecin qui a effectué la délivrance du nouveau-né reçoit alors les deux tiers (2/3) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne. Il reçoit de plus, le cas échéant, le supplément applicable pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau et le supplément pour l'accouchement par siège, de même que les services décrits au paragraphe 5 du préambule de la présente section.

AVIS : *Pour appliquer le partage de la rémunération, le médecin qui procède à l'accouchement, à l'exception du consultant, doit utiliser le modificateur **383** afin de facturer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte d'accouchement **06903**, **06984** ou **06985** et, s'il y a lieu, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**) devant être partagé entre les médecins.*

Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *le numéro de pratique du médecin que vous avez remplacé et avec lequel vous avez convenu d'un partage de la rémunération.*

AVIS : *Le médecin qui assure seul les soins durant le travail (code d'acte **06986**, **06987** ou **06988**) alors qu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne, et le consultant qui effectue l'accouchement ou la césarienne (code d'acte **06903**, **06984**, **06985, 06912** ou **06913**) reçoivent chacun 100 % des honoraires pour les services visés.*

Pour chacun des médecins, cette rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement.

Les modalités ci-dessus s'appliquent, nonobstant qu'un des médecins ainsi visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, dans la mesure où ce dernier n'a pas assuré la délivrance du nouveau-né par voie vaginale ou par césarienne ni agit comme consultant durant le travail ou l'accouchement de la patiente en cause, et ce, sans égard à sa rémunération pour sa participation. Lorsqu'un des médecins visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, ces modalités ne s'appliquent pas au code 06923.

		R = 1	R = 2
	OBSTÉTRIQUE		
06911	Non stress test comprenant l'interprétation incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux.	8,90	
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement).	62,15	
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen ou la visite	63,80	3
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse, examen et visite	76,15	
06921	Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire .	39,85	
	AVIS : *Inscrire le diagnostic ou le code de diagnostic ou la nature de la complication médicale dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
06916	Installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux internes ou de tocomètre, ou les deux, incluant l'insertion de cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique et l'interprétation (une fois seulement pendant le travail).	38,05	
06927	Amniocentèse diagnostique ou génétique.	38,05	
06930	Transfusion foetale intra-utérine	153,45	
06922	Détermination du pH foetal par un médecin autre que le médecin accoucheur	34,95	
+06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la visite, la tocolyse, le monitoring externe	166,65	3
+06903	Accouchement du lundi au vendredi (excluant les jours fériés) de 7 h à 19 h	462,25	4
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément.	191,95	
+06097	Accouchement par le siège, supplément	166,65	
06923	Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément.	183,20	1
+	NOTE : Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes d'acte 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990.		
	AVIS : *Inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *la date à laquelle la césarienne a été effectuée.*		
+06984	Accouchement : de 7 h à 24 h le samedi, dimanche et jour férié et de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	674,90	4
+06985	Accouchement : de 0 h à 7 h tous les jours.	803,45	4

		R = 1	R = 2
06914	Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement	159,75	

AVIS : *- Voir section 4.2.3, onglet* Rédaction de la demande de paiement *pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.*
- Voir l'article 6 b) du préambule particulier de l'obstétrique.

+	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement		
+06986	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié)	462,25	
+06987	de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié) et de 7 h à 24 h le samedi, dimanche ou un jour férié	480,00	
+06988	de 0 h à 7 h tous les jours	515,00	
+	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique		
+06989	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	308,15	
+06990	samedi, dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés).	449,95	
06912	Césarienne avec ou sans stérilisaton	380,65	8
06913	Césarienne et hystérectomie.	609,05	12
06946	Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément	137,95	3

AVIS : *La facturation de l'acte **06946** requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case* CODE DE DIAGNOSTIC*.*

06907	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation, l'examen ou la visite si requis	79,90	2

AVIS : *- La facturation de l'acte **06907** requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case* CODE DE DIAGNOSTIC*.*
- Voir 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement *pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation ou la visite.*
- Inscrire le diagnostic ou le code de diagnostic requis dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

		R = 1	R = 2
06935	Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal)	59,10	2
06944	Présence du médecin à la salle d'accouchement (P.G. 2.4.7.3 C)	57,55	
	AVIS : *Voir l'article 7 du préambule particulier, sous le présent onglet. Ce code d'acte est réservé exclusivement pour la présence auprès du nouveau-né.*		
+	Soins du post-partum durant l'hospitalisation		
+06901	soins du post-partum post accouchement vaginal	73,15	
+06992	soins du post-partum post accouchement par césarienne (excluant les soins postopératoires)	73,15	
	AVIS : *S'il s'agit d'un accouchement hors établissement, veuillez inscrire la date d'accouchement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		

ANNEXE I

EXTRACTION MANUELLE OU INSTRUMENTALE DU PLACENTA (Acte codé 06907)

Complications obstétricales

- Hémorragie de la délivrance (666.0)
- Hémorragie tardive et secondaire du post-partum (666.2)
- Rétention du placenta sans hémorragie (667.0)
- Rétention de cotylédons placentaires ou des membranes, sans hémorragie (667.1)

CÉSARIENNE DANS LES CAS COMPLEXES (Acte codé 06946)

Conditions foetales

- Début spontané de l'accouchement avant 37 semaines de gestation (644.1)
- Détresse fœtale (656.3)
- Immaturité extrême (765.0)
  Note : Concerne généralement un poids à la naissance de moins de 1000 g. ou une gestation de moins de 28 semaines complètes ou tous les deux
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1) et retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)
- Souffrance fœtale avant le début du travail, chez un enfant né vivant (768.2)
- Souffrance fœtale remarquée d'abord pendant le travail, enfant né vivant (768.3)
- Détresse fœtale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Asphyxie obstétricale sans précision, chez un enfant né vivant (768.9)

Conditions au niveau du placenta

- Placenta praevia (641.1)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Fœtus/nouveau-né affecté par placenta praevia (762.0)

Conditions maternelles

- Maladie infectieuse : sida (042.9)
- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Pré-éclampsie ou éclampsie greffée sur hypertension préexistante (642.7)
- Maladie infectieuse : hépatite aiguë (646.7)

Complications obstétricales

- Rupture utérine (665.1)

INDEX

Page

R - APPAREIL GLANDULAIRE

Thyroïde **R-2**
Parathyroïde **R-2**
Surrénales **R-2**

		R = 1	R = 2

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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 . . .	13,25	

THYROÏDE

Incision

+06076	Drainage d'abcès, soins complets	68,10	3

Excision

+06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	150,00	4
+06151	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	508,10	7
+06152	Hémithyroïdectomie (lobectomie)	373,90	5
+06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	153,30	3
+06180	Excision de nodule solitaire.	178,00	3
+06280	Thyroïdectomie totale	617,15	7
+06281	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	604,45	7
+06282	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intra-thoracique	562,55	7
	Thyroïdectomie totale ou subtotale		
+06283	avec évidement radical des ganglions cervicaux	898,40	12
+06284	avec évidement localisé des ganglions cervicaux	709,25	9

PARATHYROÏDE

	Exploration et/ou excision		
+06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	675,00	10
+06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	714,65	9
+06181	Transplantation de parathyroïde, une (1) ou plusieurs, supplément	130,25	

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « un » ou « plusieurs » ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*.*

SURRÉNALES

+06286	Surrénalectomie bilatérale et/ou exploration (toute technique)	578,30	12
+06179	Exploration surrénalienne avec ou sans surrénalectomie, uni ou bilatérale, pour endocrinopathie ou tumeur primitive, incluant le phéochromocytome	755,20	12

INDEX

Page

S - SYSTÈME NERVEUX

CRÂNE ET ENCÉPHALE **S-2**
Lésions expansives tumorales **S-2**
Lésions infectieuses et parasitaires **S-3**
Lésions vasculaires. **S-4**
Lésions vasculaires cervicales. **S-5**
Lésions traumatiques **S-5**
Liquide céphalorachidien. **S-5**
Malformation congénitale crânio-encéphalique. **S-6**

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS **S-8**
Chirurgie du nerf facial **S-8**
Divers **S-8**

RACHIS, MOËLLE, QUEUE DE CHEVAL **S-9**
Tumorale **S-9**
Dégénérative et traumatique **S-9**
Lésions vasculaires. **S-10**
Lésions infectieuses **S-10**
Malformations congénitales du rachis et moëlle épinière **S-10**
Neurochirurgie fonctionnelle. **S-11**

NERFS PÉRIPHÉRIQUES **S-12**
Divers **S-13**

R = 1 R = 2

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : *- Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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.

- Voir l'article 8.2 du préambule particulier de la chirurgie.

CRÂNE & ENCÉPHALE

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

Sus-tentorielles :

07520	Lésions des ventricules latéraux	1 285,75	17
07521	Lésions du IIIe ventricule	1 469,40	17
07522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 377,60	17
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : crâniopharyngiome, gliome extra orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 653,10	17
07524	Lésions de la région pinéale	1 653,10	17
07525	Lésions de la voûte du crâne	459,20	11
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 102,10	17
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 010,25	17
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quelque soit le nombre de biopsies)	455,60	9

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 193,90	17
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 285,75	17
	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 193,90	17
07532	exérèse 50 % et plus	2 020,50	17
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
07533	5 cm ou moins	1 469,40	17
07534	plus de 5 cm	2 020,50	17

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
07535	adénome enclos (grade 0, I & II)	1 010,25	17
07536	adénome envahissant (grade III & IV)	1 056,15	17
07537	crâniopharyngiomes	1 148,00	17
#07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 056,15	17
07539	approche par septorhinoplastie, supplément	229,65	

		R = 1	R = 2
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
+07540	Stade A	1 102,10	17
+07541	Stade B	1 285,75	17
+07542	Stade C & D (géants)	1 469,40	17
+07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 056,15	17
+07544	approche par septorhinoplastie, supplément	229,65	
+07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par crâniotomie	1 653,10	17
+07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 469,40	17
+07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 102,10	17
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
+07548	2/3 externe	1 102,10	17
+07549	1/3 interne	1 469,40	17
+07550	Lésions du Clivus	2 020,50	17
+07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	1 653,10	17
	Lésions de la tente :		
+07552	infratentorielles	1 377,60	17
+07553	supratentorielles	1 285,75	17
+07554	combinées	2 020,50	17
+07555	Lésions intra-orbitaires par crâniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	1 653,10	17
+07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 020,50	17

Lésions infectieuses & parasitaires

Sus-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
+07557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 010,25	17
+07558	sous-durales	642,90	17
+07559	épidurales	642,90	17
+07560	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	459,20	11
+07561	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	459,20	11
+07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	413,25	9

Sous-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
+07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 193,90	17
+07564	sous-durales	826,55	17
+07565	épidurales	826,55	17

		R = 1	R = 2
+07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	688,80	14
+07567	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	688,80	14
+07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	642,90	14

Lésions vasculaires

NOTE : Définition des grades
on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :

a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1
moyen (3 à 6 cm) 2
large (plus de 6 cm) 3

b) cerveau éloquent : non 0
oui 1

c) composante vasculaire profonde : non 0
oui 1

Sus-tentorielles :

Crâniotomie pour cure d'anévrisme :

+07570	première, quelque soit sa morphologie.	1 469,40	17
+07571	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel supplément	367,35	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrisme dans la case* UNITÉS.

+07573	Si anastomose extra/intracrânienne, supplément	459,20	

Crâniotomie pour malformation artérioveineuse

+07574	grade 1	1 285,75	17
+07575	grade 2	1 542,85	17
+07576	grade 3	1 800,05	17
+07577	grade 4	2 057,20	17
+07578	grade 5	2 314,35	17
+07579	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	918,40	17

Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :

+07580	par crâniotomie	734,75	14
+07581	par trépanation ou crâniectomie et aspiration	367,35	9
+07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 010,25	17
+07583	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien	1 561,25	17

		R = 1	R = 2
	Sous-tentorielles :		
+07584	Crâniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire toute technique	1 836,70	17
	Crâniotomie pour malformation artérioveineuse :		
+07585	grade 1	1 469,40	17
+07586	grade 2	1 726,60	17
+07587	grade 3	1 983,75	17
+07588	grade 4	2 240,95	17
+07589	grade 5	2 498,05	17
+07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 012,55	17
+07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 193,90	17
+07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 285,75	17
	Lésions vasculaires cervicales		
+07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	826,55	17
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.		
	Lésions traumatiques		
+07595	Crâniotomie pour traumatisme crânien	918,40	17
+07596	avec reconstruction crânio-orbitaire dans la même séance, supplément	183,65	
----	Trépanation simple	(Voir Actes diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
+07597	unilatéral	607,55	14
+07598	bilatéral	894,70	17
	Liquide céphalorachidien		
	Dérivation interne :		
+07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	505,10	14
+07613	Dérivation ventriculaire double en y	668,55	14
	Révision d'une dérivation :		
+07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	321,45	11
+07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	688,80	14
+07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	321,45	9

		R = 1	R = 2
	Ventriculostomie du IIIe ventricule pour hydrocéphalie		
+07618	par crâniotomie	642,90	14
+07619	par stéréotaxie	642,90	17
+07620	par endoscopie	642,90	17
	Autres procédures :		
+07621	Torkildsen	505,10	14
+07622	Installation d'un réservoir (Omaya, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	229,65	7
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
+07623	unilatérale	459,20	11
+07624	bilatérale	551,00	14
	Dérivation kysto-péritonéale :		
+07625	supratentorielle	459,20	11
+07626	infratentorielle	505,10	14
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
+07627	supratentorielle	459,20	14
+07628	infratentorielle	505,10	14
	Malformation congénitale crânio-encéphalique		
	Crâne :		
	Crânioténose :		
+07629	correction neurochirurgicale de crânioténose simple	551,00	14
+07630	correction neurochirurgicale de crânioténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	826,55	17
+07631	correction neurochirurgicale de crânioténose complexe	1 193,90	17
07632	NOTE : Si le médecin fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
	AVIS : *Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.*		
+07633	Morcellation crânienne pour crâniotomie multiple	642,90	14
	Méninges & Encéphale :		
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
+07634	supratentorielle	642,90	17
+07635	infratentorielle	734,75	17
+07636	base du crâne	826,55	17
	Crâniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
+07637	supratentoriel	734,75	17
+07638	infratentoriel	826,55	17
	Drainage d'hygroma congénital :		
+07639	par trou de trépan seulement	238,85	11
+07640	par crâniotomie	505,10	14
+07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 193,90	17

		R = 1	R = 2
	Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :		
	Installation du cadre plus		
+07642	technique de localisation (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	229,65	7
+07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	137,75	
+07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intra-parenchymateuse, incluant la technique de localisation	642,90	14
+07644	chirurgie stéréotaxie pour mouvements anormaux, spasticité ou rigidité, douleur, épilepsie ou installation d'électrodes permanents (comprend le mapping et la lésion ou doit faire interruption stéréotaxie de faisceaux) incluant la technique de localisation	1 193,90	17
+07645	si lésion bilatérale, supplément	321,45	
	exploration stéréotaxie d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
+07646	unilatérale	826,55	17
+07647	bilatérale	1 102,10	17
	localisation et radiothérapie stéréotaxique incluant la technique de localisation :		
+07648	externe	551,00	11
+07649	interstitielle	826,55	17
+07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	826,55	17
+07651	implantation stéréotaxie de tissu vivant incluant la technique de localisation	708,80	17
	crâniotomie stéréotaxique et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation :		
+07652	corticale & sous-corticale	1 239,85	17
+07653	thalamique des noyaux gris centraux	1 377,60	17
+07654	si plus de 3 cm, supplément	183,65	
	Neurochirurgie de l'épilepsie		
+07655	Exérèse corticale focale	826,55	17
+07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 193,90	17
+07657	Lobectomie	1 102,10	17
	Callosotomie		
+07658	partielle	1 010,25	17
+07659	totale	1 377,60	17
+07660	Hémisphérectomie	1 836,70	17
	Insertion d'électrodes		
+07661	épidurales	229,65	5
+07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	91,85	
+07663	au trou ovale	229,65	5
+07664	sous-durales par crâniotomie	551,00	11

		R = 1	R = 2
+07665	Transection sous-piale	918,40	17
+07700	Utilisation peropératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	153,10	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux services médicaux codés 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
+07667	avec greffe	918,40	17
+07668	sans greffe	826,55	17
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
+07669	avec greffe	275,50	
+07670	sans greffe	183,65	
	extracrânien :		
+07671	avec greffe	734,75	14
+07672	sans greffe	642,90	14
+07673	Section du XI dans le cou	183,65	7
+07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau	459,20	11
+07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 010,25	17

Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
+07600	portions mastoïdienne et tympanique	489,85	7
+07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	226,80	
+07602	par fosse moyenne	816,35	17
+07603	totale	1 247,15	17
+07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	226,80	
+07605	anastomose, supplément	113,35	
+07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	283,50	
	Réparation :		
+07607	anastomose XII - VII	848,95	17
+07608	avec greffe incluant prise de greffon	986,40	17

Divers

	Crâniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
+07677	sous-temporale	367,35	14
+07678	sous-occipitale	459,20	14

		R = 1	R = 2
	Crânioplastie :		
+07679	acrylique ou métal ou repose du volet	551,00	11
+07680	avec reconstruction osseuse autogène	918,40	17
07681	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	17
	AVIS : *Voir 1.1.2 règle 1 du préambule général.*		
+07682	Révision de la crâniotomie faite antérieurement pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	734,75	17
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
+07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	918,40	17
+07699	si faite par voie endonasale	408,15	14
+07683	Crâniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	275,50	9

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
+07684	par voie postérieure	688,80	14
+07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant	918,40	17
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
+07686	un à quatre métamères	1 102,10	17
+07687	plus de quatre métamères	1 836,70	17
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
+07688	un à quatre métamères	1 377,60	17
+07689	plus de quatre métamères	2 296,00	17
+07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	859,60	17
+07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 836,70	17
+07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant	1 836,70	17

Dégénérative et traumatique

+07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	716,60	14
+07701	Décompression de moëlle ou queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours)	551,00	14
	NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un autre médecin.		

		R = 1	R = 2
	Lésions vasculaires		
+07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique pré-opératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	688,80	14
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
+07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 377,60	17
+07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 296,00	17
+07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 377,60	17
+07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	688,80	14
	Lésions infectieuses		
+07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quelque soit le nombre de niveaux	688,80	14
+07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 102,10	14
+07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	918,40	14
+07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 377,60	17
	Malformations congénitales du rachis & moëlle épinière		
	Rachis :		
	Résection de l'odontoïde par approche trans-orale pour décompression du tronc cérébral et de la moëlle cervicale incluant la trachéotomie		
+07718	temps du neurochirurgien	1 239,85	17
+07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	408,15	
+07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	91,85	
+07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	137,75	
+07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	367,35	9
	Méninges :		
	Réparation de méningocèle cervical :		
+07723	antérieur	1 102,10	17
+07724	postérieur	688,80	14
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
+07725	antérieur	1 102,10	17
+07726	postérieur	688,80	14

		R = 1	R = 2
	Réparation de méningocèle sacré :		
07727	antérieur	918,40	17
07728	postérieur	688,80	14
	Réparation de méningocèle intraspinal		
07729	(kyste extradural)	688,80	14
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	367,35	14
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	596,95	14
	Moëlle épinière & queue de cheval :		
07730	Réparation de myéloméningocèle	918,40	17
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural	734,75	14
07732	deux sacs duraux	1 193,90	17
07733	si libération d'une moëlle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	183,65	
	Traitement de moëlle ancrée :		
07734	première intervention	688,80	14
07735	réintervention	918,40	17
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		
07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	826,55	17
07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	826,55	17
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 010,25	17
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	183,65	7
	Neurochirurgie fonctionnelle		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et foraminotomie :		
07751	une racine	642,90	14
07752	chaque racine additionnelle	45,90	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de racines dans la case UNITÉS.*		
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	707,15	14
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire.	64,30	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de 1/2 heure supplémentaire dans la case* UNITÉS.		

		R = 1	R = 2
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine	505,10	11
07756	chaque racine additionnelle	45,90	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de racines dans la case* UNITÉS.		
07757	dénervation sélective de muscles pour torticolis spasmodique	229,65	7
	ramiscectomie postérieure :		
07758	unilatérale	688,80	14
07759	bilatérale	918,40	14
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	805,65	14
07762	tractotomie trigéminale ouverte	764,40	14
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	367,35	9
	rhizotomie postérieure :		
07764	une ou deux racines	91,85	9
07765	trois racines ou plus	149,05	
07766	tractotomie trigéminale	367,35	14
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	459,20	11
07768	implantation d'électrodes percutanées	275,50	7
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	347,80	5
	implantation de cathéter :		
07770	per cutané	303,70	5
07771	par laminectomie	496,85	11
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	45,90	5
07773	Révision du stimulateur ou de la pompe	275,50	5
+07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant l'examen ou la visite effectué à la même séance		
	Maximum : 1 par trois mois, par patient	65,75	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur	198,95	5
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital)	180,25	4
07790	névrome d'un nerf digital	112,55	4
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	316,35	9
07214	péri-aortique	76,55	5
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	281,25	7
07220	lombaire : unilatérale	292,50	7
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	65,20	
07208	bilatérale, supplément	94,55	
----	présacrée (Voir Gynécologie; utérus et col utérin)		

		R = 1	R = 2
+07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site	137,85	3
+07792	Neurolyse d'un nerf majeur	196,85	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
+07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien	122,45	3
+07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	101,25	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
+07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	122,45	3
+07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	100,00	4
+07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	76,55	4
	Plexus brachial		
+07468	dissection sous-claviculaire	510,25	11
+07469	dissection sus-claviculaire	585,90	11
+07787	dissection sus et sous-claviculaire	765,30	14
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
+07788	chaque anastomose, supplément	204,10	2
+07789	chaque greffe, supplément	306,15	2
+	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 836,90	
	En anesthésie, 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.*		
+07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	178,55	5
+07473	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant	612,20	11
+07474	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant	318,50	9
	Microanastomose de nerf périphérique		
+07797	nerf majeur	393,80	9
+07798	nerf mineur	229,65	7
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
+07475	nerf majeur	306,15	7
+07476	nerf mineur	204,10	5
+07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf	339,20	11
+07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc.	107,10	4
+07799	Suture nerveuse (neurorraphie)	102,05	6

		R = 1	R = 2
	Divers		
+07795	Rhizotomie per-cutanée sous fluoroscopie, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	324,80	9
+07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	393,80	7

INDEX

Page

T - APPAREIL VISUEL

Globe oculaire **T-2**
Cornée **T-2**
Sclérotique **T-3**
Iris et corps ciliaire **T-3**
Cristallin **T-4**
Corps vitré **T-4**
Rétine **T-5**
Muscles oculaires **T-6**
Orbite **T-6**
Paupières et sourcils **T-7**
Cils **T-8**
Conjonctive **T-8**
Appareil lacrymal **T-9**
Corps étranger **T-10**
Traumatisme oculaire **T-10**

		R = 1	R = 2

T - APPAREIL VISUEL

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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	343,00	5
+07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	204,45	4
	Énucléation		
+07133	simple	151,10	3
+07134	avec mise en place d'implant.	248,60	4
	Éviscération		
+07136	avec mise en place d'implant.	188,90	4
+07356	Implantation secondaire	195,25	3
+07358	Greffe de sclérotique pour extrusion d'implant	251,90	5
+07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.) .	188,90	4
+07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	434,95	6
+07047	Prélèvement de l'oeil d'un cadavre, unilatéral ou bilatéral	50,00	

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.*
- *Inscrire un « **A** » dans la case* C.S. *et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	510,25	7

CORNÉE

+07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact.	85,05	3
	Kératectomie (avec ou sans exérèse de ptérygion)		
+07142	partielle	90,45	2
+07225	totale	94,50	2

		R = 1	R = 2
+07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	109,40	3
+07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	162,05	4
+07362	Recouvrement conjonctival	188,90	4
+07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse	531,95	7
+07384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de quatre (4) dioptries	314,85	5
+07479	Incision relaxante pour corrections d'astigmatisme (après une greffe de cornée)	149,30	3
	Curetage et/ou cautérisation		
+07806	sous anesthésie locale	26,00	
+07807	sous anesthésie générale	58,30	2
+07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	50,00	3
+07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	138,90	4
+07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	555,60	7

SCLÉROTIQUE

+07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	94,50	3
+07226	Sclérectomie pour glaucome	220,40	4
+07368	Greffe sclérale	251,90	5

IRIS ET CORPS CILIAIRE

+07801	Iridotomie, iridectomie, trabéculoplastie, par photocoagulation ou par Laser YAG	153,25	4
+07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG	150,80	4
+07815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	83,55	4
+07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	383,10	6
+07814	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intraoculaires	188,90	5
+07051	Sphinctérotomie	151,10	3
+07052	Synéchotomie irienne (corélyse)	94,50	4
+07169	Excision lésion irienne	264,50	4
+07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	403,05	5
+07137	Iridectomie périphérique ou complète	195,25	4
+07305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	138,90	3
+07372	Iridodialyse (réparation)	195,25	4
+07805	Iridencléisis	196,50	3
+07811	Cyclodialyse	196,50	3
+07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothermie	128,45	4

		R = 1	R = 2
	CRISTALLIN		
	Cataracte, incluant les iridectomies		
+07261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire *(*)*	454,15	5
+07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	286,35	5
	Replacement d'une lentille intra-oculaire luxée		
+07262	manoeuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	31,50	3
+07263	manoeuvre intra oculaire incluant les sutures de McCannel	126,00	4
+07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	220,40	4
+07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé *(*)*	368,15	6
+07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un patient de seize (16) ans ou moins	419,55	6
	Cataracte membraneuse		
+07055	discission	127,75	3
+07234	avec ciseaux	188,90	3
+07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré par laser YAG	151,10	4
+07006	réintervention au même oeil dans les quatre (4) mois par le même chirurgien	83,55	4
	CORPS VITRÉ		
+07240	Vitrectomie antérieure (Ex. : avec brouteur - appareil motorisé à vitrectomie)	220,40	4
+07309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	68,10	3
+07325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie	226,80	4
+07375	Transplantation ou remplacement de vitré	188,90	5
+07239	Vitrectomie par la pars plana avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	486,00	6
+07285	Vitrectomie par la pars plana avec dissection de membranes épirétiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	570,00	9
+07295	Section de bande du vitré excluant le laser YAG	502,25	6
+07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	150,80	3

AVIS : *(*) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 07227 ou 07261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre **« A »** dans la case* C.S. *et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire n^{o} 1944 (Document complémentaire).*

		R = 1	R = 2

RÉTINE

Réparation

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
+07298	superficiel	62,95	3
+07299	profond	126,00	4
	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure		
+07292	première intervention	206,35	8
+07293	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	102,05	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	502,15	8
+07409	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	592,00	9
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale		
+07310	tumeur	245,55	3
+07313	lésion hémorragique ou vasculaire	255,45	3
+07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	314,85	7
+07466	extraction d'une plaque de cobalt	63,60	4
	Photocoagulation, au laser ou autre procédé		
+07311	première intervention	151,10	4
+07312	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre (4) mois suivant la première intervention par le même médecin	88,20	4
	AVIS : *Inscrire dans la description des services la pathologie requérant l'intervention subséquente.*		
+07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	123,40	3
+07376	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive)	245,65	6

		R = 1	R = 2

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme : incluant les ductions forcées
Premier muscle, un œil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

+07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	337,55	4
+07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	334,50	4
+07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	357,20	4
+07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	398,95	5
	Supplément pour muscle additionnel		
+07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) *(*)*	36,75	
+07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) *(*)*	41,30	
+07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) *(*)*	45,35	
+07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) *(*)*	56,70	

NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

+07279	transplantation musculaire, un (1) ou plusieurs muscles.	365,55	5
+07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique . . .	317,45	5
+07377	Réparation à la suite de traumatisme	368,45	5
+07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément.	113,35	

ORBITE

+07061	Fenestration du nerf optique.	353,90	9
+07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	102,20	3
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
+07281	décompression.	340,15	6
+07282	tumeur.	560,20	9
+07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	371,60	6
+07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	560,20	9
+07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe). . . .	311,65	6
	Exentération simple		
+07242	sans greffe	265,75	5
+07243	avec greffe	645,05	9
+07380	Plastie du plancher de l'orbite.	288,25	4
+07379	Réduction de fractures de l'orbite.	188,90	3

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case* UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	PAUPIÈRES ET SOURCILS		
----	Chirurgie du punctum	(Voir appareil lacrymal)	
----	Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive)	(Voir conjonctive)	
	Incision		
07065	Ouverture d'orgelet et drainage	14,15	3
	Ouverture et drainage d'abcès		
07066	anesthésie locale	14,20	
07067	anesthésie générale comprenant l'examen sous anesthésie générale	56,60	2
	Excision		
07173	Chalazion	29,00	3
	Néoplasme		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne		
07156	n'intéressant pas le rebord de la paupière	30,85	2
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur	185,50	4
	Kyste de la queue du sourcil		
07176	superficiel	104,15	2
07177	intraorbitaire	329,85	3
	Xanthélasma		
07245	exérèse simple unique	21,25	2
07246	exérèse simple multiple, uni ou bilatéral	32,65	2
07247	exérèse avec greffe cutanée	163,75	2
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	40,95	3
07420	Réparation du canthus interne ou externe	107,00	4
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	163,70	3
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	477,55	7
	Séparation des paupières post-tarsorraphie ou blépharorraphie		
07428	sous anesthésie locale	12,60	
07429	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	50,40	2
	Ectropion ou entropion		
07248	technique simple (Fox, etc.)	94,50	4
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	188,90	4
+ 07813	cautérisation (incluant l'examen et la visite)	21,80	

		R = 1	R = 2
	Réparation		
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques	497,25	7
	Blépharoplastie		
07391	simple excision de la peau d'une paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés	65,45	2
07393	excision de la peau, graisse orbitaire et reconstruction du pli de la paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés	220,40	3
	AVIS : *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	157,40	4
07385	fasanella ou autre technique	123,40	4
07395	résection du releveur	281,45	4
07396	réintervention	314,85	5
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	122,45	4
	Lacération de la paupière		
07386	n'intéressant pas le bord libre	34,70	3
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	180,45	4
07403	Tarsorraphie	94,50	4
	CILS		
07400	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie locale	21,55	
+07401	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie générale incluant l'examen ou la visite	50,40	2
	Trichiasis localisé		
07402	opération par résection sectorielle requérant la reconstruction du rebord de la paupière	152,40	4
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	274,85	3
	CONJONCTIVE		
07070	Péritomie	44,10	3
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	20,70	3
	Excision de tumeur		
07178	bénigne ou kyste sous anesthésie locale (P.G. 2.4.7.7 A)	27,60	
07183	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	50,40	2

		R = 1	R = 2
+07179	maligne, excision simple	157,20	4
+07180	maligne, excision avec greffe	245,65	4
+07405	Plastie conjonctivale avec greffe	144,85	4
+07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	19,55	3
	Symblépharon		
+07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	166,60	4
+07407	excision avec greffe	283,45	5
	Réparation de plaie traumatique		
+07410	suture simple de la conjonctive sous anesthésie locale.	32,65	
+07434	suture simple de la conjonctive sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie	52,45	2
+07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale.	144,85	4
+07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	73,05	4

APPAREIL LACRYMAL

+07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	32,70	3
+07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale.	34,60	3
+07252	Dacryocystectomie.	151,10	3
+07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	440,80	7
	Chirurgie du punctum		
+07053	entropion	32,70	3
+07054	ectropion	34,05	3
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation		
	sous anesthésie locale		
+07317	un (1) oeil	14,05	
+07327	deux (2) yeux	21,25	
	sous anesthésie générale		
+07318	un (1) oeil	54,55	2
+07328	deux (2) yeux	50,40	2
	Intubation du canal lacrymal		
+07319	un (1) oeil	94,50	3
+07329	deux (2) yeux	126,00	4
+07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	27,85	3
+07458	Réparation des canalicules sectionnés	250,25	4
+07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorraphie (avec ou sans insertion de tube)	251,90	5
+07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	283,45	5
+07459	Canaliculo-dacryo-cysto-rhinostomie.	346,35	5
+07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales sous anesthésie générale.	55,50	3
+07460	Réintervention pour dacryo-cysto-rhinostomie.	283,45	5

		R = 1	R = 2
	CORPS ÉTRANGER		
	Extraction d'un corps étranger intraoculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée)		
+07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique)	217,15	4
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
+07152	magnétique	343,55	6
+07153	non-magnétique	381,85	5
	cornéen		
+07154	sous anesthésie locale	21,95	
+07155	sous anesthésie générale	56,80	2
+07199	intraorbitaire derrière le septum	270,10	5
	conjonctival		
+07204	sous anesthésie locale	7,20	
+07206	sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie générale et la fermeture de la conjonctive	58,25	2
	TRAUMATISME OCULAIRE		
+07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion de un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	157,40	3
+07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	220,40	4
+07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère	314,85	5
+07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	503,85	9

INDEX

Page

U - APPAREIL AUDITIF

Oreille externe **U-2**
Oreille moyenne **U-3**
Oreille interne **U-5**

		R = 1	R = 2

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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 (P.G. 2.4.7.7 B)	35,70	3
+07076	Abcès du conduit (P.G. 2.4.7.7 A)	35,30	3

AVIS : *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général .*

Excision

+07150	Fistule préauriculaire	189,30	4
	Kyste		
----	préauriculaire	Voir code 5172 système digestif	
----	du lobule	Voir code 1172 peau, phanères	
+07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	123,65	3
+07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	275,05	5
+07186	avec évidement cervical	442,20	12
+07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube)	31,35	3
+07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	65,80	4

Réparation

+07481	Cochléo-sacculotomie	367,35	5
	Malformation congénitale		
+07422	mineure *(*)*	111,10	2
+07423	majeure *(*)*	189,30	3
+07424	Prominauris unilatéral chez un patient de moins de 18 ans	189,30	4

AVIS : *(*) Joindre le compte rendu opératoire.*

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon		
+07425	absence partielle	187,60	3
	absence totale		
+07412	premier temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale	623,65	11
+07415	deuxième temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	153,10	3
+07417	troisième temps : reconstruction du lobule	153,10	3
	NOTE : Si le deuxième temps et le troisième temps sont effectués à la même séance, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas au quatrième temps : greffe cutanée	(Voir « greffes libres »)	
+07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	367,35	5

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie		
+07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale	56,45	3
+07078	Paracentèse unilatérale	30,90	3
+07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier	136,10	4
+07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	138,00	4
+07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	249,45	5

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non): (Inclus dans la prestation de l'examen ou du service médical associé.)		3
+07187	Polype de l'oreille moyenne	34,55	3
	Mastoïdectomie		
+07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	221,10	4
+07259	radicale ou modifiée sans reconstruction ossiculaire (Bundy)	340,15	5
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne		
+07487	sans fraisage, ni modification du conduit	73,70	4
+07488	avec plastie de Conque par voie postérieure	141,70	4
+07489	avec moulage du mur du facial	198,45	4
+07490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	340,15	5

		R = 1	R = 2
+07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope	25,65	3
+07257	Stapédectomie	351,50	6
+07270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule	426,30	6
+07286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	243,75	3
	Réparation		
+07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire au même site opératoire	13,20	3
+07449	Myringoplastie (a minima)	102,05	4
+07450	Tympanoplastie	226,80	5
+07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie)	367,35	6
+07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	62,55	
	Masto-tympanoplastie		
+07491	sans reconstruction ossiculaire	390,05	5
+07437	avec conservation du canal osseux externe incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire)	453,50	5
+07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	56,70	
+07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	623,65	9
+07438	Oblitération de cavité mastoïde	367,35	5
+07439	Fénestration du canal semi-circulaire externe	367,35	5
	Décompression du facial (incluant la mastoïdectomie et l'approche endoaurale)		
+07343	sans greffe	419,55	6
+07344	avec greffe nerveuse	555,60	7
+07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	145,10	4
+07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	357,20	6
+07494	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	396,85	5
+07486	Implantation cochléaire à canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	2 381,05	16
+07493	Implantation cochléaire à mono-électrode (mono-canal) incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation dans un établissement autorisé par le Ministre	1 814,05	16

AVIS : *Pour les codes **07486** et **07493** inscrire le code de l'établissement dans la case appropriée.*

		R = 1	R = 2
	OREILLE INTERNE		
	Excision		
+07188	Exérèse de tumeur du conduit auditif interne par voie trans-labyrinthique ou par voie d'approche de la fosse moyenne	943,35	12
07265	Exérèse de glomus jugulaire	C.S.	4
	AVIS : *Voir la règle 1.1.2, préambule général.*		
+07266	Temporalectomie	623,65	12
+07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	367,35	6
	Labyrinthectomie		
+07268	par oreille moyenne	340,15	6
+07269	par voie transmastoïdienne	441,70	5
+07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	357,20	5
	Introduction		
+07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	249,45	5
	Réparation		
+07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique).	493,25	7
+07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	512,95	5

INDEX

Page

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER **V-2**

TABLEAU DES HONORAIRES **V-5**

Tête et cou **V-5**
Colonne et bassin **V-6**
Membres supérieurs **V-6**
Membres inférieurs **V-6**
Études du squelette **V-7**
Thorax **V-7**
Abdomen **V-7**
Voies gastro-intestinales et biliaires **V-7**
Voies génito-urinaires **V-8**
Obstétrique et gynécologie **V-8**
Fluoroscopie diagnostique **V-9**
Examens spéciaux, incluant la scopie, le cas échéant **V-9**
Angioradiologie (technique) **V-10**
Angioradiologie (interprétation) **V-11**
Tomographie par ordinateur **V-12**
Tarif de révision en tomodensitométrie **V-12**

PROTOCOLE 1

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier **V-13**

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

AVIS : *Sur la* Demande de paiement - Médecin *(1200), inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique, dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT. *Si vous êtes également le médecin traitant, y inscrire* ***votre*** *identification.*

RÈGLE 1. TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation *(1606) sauf indication contraire aux tarifs. Voir la brochure* SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.

1.2 On lui accorde également ce tarif pour un examen qu'il effectue chez un patient dont il est le médecin traitant.

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7) *(Voir l'****AVIS*** *sous la règle* ***1.4****)*

1.4 S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS :
- *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200);*
- *Pour facturer les honoraires de* ***laboratoire****, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le* ***RÔLE 7*** *et le tarif correspondant;*
- *Pour facturer les honoraires de* ***consultation****, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le* ***RÔLE 1*** *et le tarif correspondant;*
- *Inscrire dans la section* Établissement*, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

1.5 En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.6 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement

RÈGLE 2. EXAMENS

2.1 Le médecin qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3. EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le 2e acte.*

RÈGLE 4. FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5. EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues, l'introduction d'air et de barium sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de 5 films grand format de l'abdomen.

RÈGLE 6. TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de barium approprié.

RÈGLE 7. EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques. *(*)*

RÈGLE 8. NEZ ET SINUS

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez ou des sinus pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques. *(*)*

RÈGLE 9. EXAMEN DE LA COLONNE

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10. PHARYNX ET OESOPHAGE

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques. *(*)*

RÈGLE 11. COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques. *(*)*

RÈGLE 12. BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : *(*)* ***Règles 7, 8, 10 et 11 :*** *Inscrire le modificateur* ***009*** *dans la case* MOD *et consigner les indications cliniques dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 13. RADIOGRAPHIE DENTAIRE

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

RÈGLE 14. SUBSTANCES DE CONTRASTE

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

RÈGLE 15. ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

+ **15.1** On accorde un supplément de 39,65 $ au médecin qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

AVIS : - *Utiliser **une*** Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200), **par patient**.*
- *Pour un patient **hospitalisé**, inscrire le code d'acte **09222** et pour un patient en **hospitalisation d'un jour**, en externe, inscrire le code d'acte **09299**.*
- *Inscrire le code d'établissement relié au code d'acte facturé.*

+ **15.2** Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 13,60 $ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour facturer les visites, utiliser le code **09223**, sur la* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) et inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 16. STÉRÉOSCOPIE

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17. TARIFICATION

17.1 Le médecin qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : *Inscrire le modificateur **009** dans la case* MOD*, consigner les indications cliniques dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 18. RAPPORT

18.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : *La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagnée des modificateurs **008** en cabinet ou **021** en établissement.*

R = 7 R = 1

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : - ***En cabinet ,*** *utiliser* ***une*** Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200),* ***par patient****.*
- ***En établissement****, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la* Demande de paiement - Assurance hospitalisation *(n^{o} 1606). Voir la Brochure* Services de laboratoire en établissement.
- *Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec* ***le modificateur 093 ou 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*.*
- *Les services effectués à des* ***séances différentes*** *doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant* ***(094 ou un de ses multiples)****. Voir Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet* Rédaction de la demande de paiement*.*

TÊTE ET COU

		Crâne		
+	08010	trois (3) incidences ou moins	31,60	5,50
+	08013	quatre (4) incidences ou plus	39,25	7,75
		Selle turcique		
+	08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	24,85	6,25
		Massif facial		
+	08123	trois (3) incidences ou moins	24,10	6,20
+	08124	quatre (4) incidences ou plus	30,05	7,65
		Nez		
+	08031	minimum de deux (2) incidences	15,80	3,80
		Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
+	08023	minimum de trois (3) incidences	24,10	6,20
		Articulations temporo-maxillaires		
+	08024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	24,10	6,20
		Sinus		
+	08125	trois (3) incidences ou moins	22,95	5,60
+	08126	quatre (4) incidences ou plus	27,40	7,65
		Mastoïdes - bilatérales		
+	08076	minimum de six (6) incidences	27,45	8,85
		Conduit auditif interne		
+	08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	24,85	6,05
		Oeil		
+	08030	recherche de corps étranger	15,70	6,45
+	08028	recherche et localisation de corps étranger	33,75	20,60
+	08011	Trous optiques	18,35	5,05
+	08038	Région des glandes salivaires	15,55	4,75

			R = 7	R = 1
		Tissus mous du cou		
+	08037	minimum de deux (2) incidences	14,85	4,75
+	08036	Étude panoramique des maxillaires	17,00	4,60
		Dents		
+	08034	deux (2) régions dentaires ou moins	6,15	1,35

AVIS : *Voir la règle 13.1, préambule particulier.*

		Céphalométrie		
+	08077	avec mesure des angles	19,85	23,25

COLONNE ET BASSIN

		Colonne cervicale		
+	08127	trois (3) incidences ou moins	27,40	4,05
+	08128	quatre (4) incidences ou plus	35,30	6,65
+	08042	Colonne dorsale	26,20	4,75
+	08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	30,65	6,50
		Colonne entière (série scoliotique)		
+	08053	minimum de quatre (4) incidences	58,95	14,25
+	08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	25,30	4,00
+	08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	32,80	4,00
+	08058	Articulations sacro-iliaques	22,95	6,15
		Bassin		
+	08054	une (1) incidence	15,80	4,00
+	08056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	29,25	5,90
+	08055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	33,65	6,45

NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.

MEMBRES SUPÉRIEURS

+	08060	Clavicule	18,55	4,00
+	08075	Articulations acromioclaviculaires	22,95	6,15
+	08118	Articulations sterno-claviculaires	18,95	4,35
+	08074	Omoplate	20,55	4,35
+	08062	Épaule	20,40	4,45
+	08063	Humérus	15,80	4,00
+	08064	Coude	15,80	4,00
+	08065	Avant-bras	15,80	4,00
+	08066	Poignet	15,80	4,00
+	08067	Main	15,80	4,40
+	08068	Poignet et main	22,95	7,45
+	08069	Doigt ou pouce	12,20	3,00

MEMBRES INFÉRIEURS

		Hanche unilatérale		
+	08080	(2) incidences ou plus	25,75	4,75
+	08083	Fémur	15,80	4,00
+	08084	Genou, incluant la rotule	15,80	4,40
+	08085	Jambe	15,80	4,00
+	08086	Cheville	15,80	4,40

			R = 7	R = 1
		Pied		
+	08087	tarse, calcaneum ou talon	15,80	4,00
+	08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	24,15	8,60
+	08090	Orteil	12,20	2,75
+	08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	23,70	6,45
		ÉTUDES DU SQUELETTE		
		Étude du squelette pour âge osseux		
+	08092	une (1) région (main)	15,80	7,20
+	08093	deux (2) régions (main et autres)	28,25	8,45
		Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
+	08280	huit (8) incidences ou moins	62,80	11,60
+	08281	neuf (9) ou dix (10) incidences	67,65	20,30
+	08282	onze (11) incidences ou plus	86,40	22,40
		THORAX		
+	08100	Poumons	22,90	5,25
+	08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	52,95	10,55
		Larynx, études spéciales		
+	08113	phonation	27,80	4,60
		Hémithorax (côtes)		
+	08115	deux (2) incidences ou plus	18,95	4,35
+	08117	Sternum	19,90	4,75
		Lecteur B		
+	09943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,70

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Assurance hospitalisation *(n° 1606). Voir la Brochure* SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.

		ABDOMEN		
		Abdomen		
+	08150	simple	15,80	4,15
+	08152	deux (2) incidences ou plus	24,75	5,70
		VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)		
+	08132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	35,85	18,70
+	08133	étude du pharynx et de l'oesophage	35,85	18,70
+	08148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	33,40	28,10
+	08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08148, 08153, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	33,85	9,05

			R = 7	R = 1
		Tube digestif supérieur		
+	08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	66,25	17,45
+	08153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de cinq (5) ans)	61,65	30,90
+	08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	71,40	24,05
+	08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	93,70	27,75
+	08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	95,70	28,90
+	08156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 08153, 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	43,65	17,20
+	08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	79,40	47,65
		Colon, lavement baryté		
+	08149	simple contraste	69,00	15,95
+	08179	pour réduction d'intussusception	62,35	93,75
+	08160	double contraste, comprend au moins 5 films pleine grandeur de l'abdomen	90,45	26,00
+	08161	Cholécystographie orale	-	3,60
		Cholangiographie		
+	08171	par tube en T, incluant injection	28,95	12,60
+	08163	peropératoire		6,45
+	08165	par infusion intra-veineuse, incluant injection	41,30	18,70
+	08180	Pancréatographie peropératoire		12,50
+	08182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	29,95	12,50

VOIES GÉNITO-URINAIRES

		Pyélographie		
+	08181	i.v. incluant injection, abdomen simple et films post-mictionnels	69,05	23,15
+	08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	42,90	6,45
+	08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	33,85	5,70
+	08190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	55,00	11,35
+	08196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insection de chaînette le cas échéant (enfant de moins de cinq (5) ans)	51,25	20,00
+	08189	Vasographie - Déférentographie	21,15	4,60
+	08191	Kystographie rénale	12,85	3,50
+	08198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	43,65	7,85

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+	08192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,05	3,50
+	08193	Pelvimétrie	21,85	8,55
+	08197	Hystérosalpingographie, incluant scopie	44,30	10,50

			R = 7	R = 1
		FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE		
+	08102	Thorax	32,65	9,05
+	08151	Abdomen	32,65	9,05
+	08121	Squelette	32,65	9,05
		Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
+	08270	premier quart d'heure	13,95	17,50
+	08271	deux quarts d'heure	25,45	35,20
+	08272	trois quarts d'heure	38,15	52,70
+	08273	une heure ou plus	50,85	70,30
		EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT		
		Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
+	08114	graphie seulement	34,30	19,55
+	08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	58,15	33,90
		Bronchographie		
+	08109	unilatérale	32,40	16,40
+	08111	bilatérale	44,75	23,75
+	08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	43,25	18,20
+	08007	Cisternographie opaque	74,25	24,80
+	08027	Dacryocystographie	28,35	7,35
+	08098	Discographie, un (1) niveau ou plus	32,60	19,30
+	08004	Encéphalographie	70,80	22,65
+	08214	Fistulographie	25,95	8,80
+	08201	Galactographie, incluant l'injection	39,25	32,60
+	08202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	51,45	26,90
+	08119	Laryngogramme, avec contraste opaque	69,25	17,50
		Mammographie *(*)*		
		sans examen clinique		
+	08140	unilatérale	26,85	6,00
+	08141	bilatérale	40,45	10,75
		avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+	08142	unilatérale	26,85	13,25
+	08143	bilatérale	40,45	17,50
+	08199	Radiographie d'une pièce biopsique *(*)*	24,60	4,75
+	08204	Mesure de la densité osseuse *(*)*	40,15	14,90

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.
L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

AVIS : *Consigner les indications médicales dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *(*) Utiliser* ***une*** Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200)****, par patient****, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement.*

			R = 7	R = 1
+	08122	Microradiographie des mains	12,50	3,85
		Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
+	08096	contraste huileux	82,95	24,85
+	08097	contraste non ionique	177,95	24,85
+	08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		24,35
+	08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	67,95	74,75
+	08025	Sialographie	58,55	10,75
+	08006	Stéréotaxie	70,80	22,65
+	08232	Tomographie	60,15	12,70
+	08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
+		en établissement		9,95
+		en cabinet		18,90
		Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni		
		En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD 021)		
+		En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 9,05 $. (MOD 008)		

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : - *Pour la technique et l'interprétation : utiliser les codes d'acte sous les titres* ***Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation****. Utiliser une* Demande de paiement - Médecin *(n° 1200)****, par patient****.*

- *Pour l'interprétation seulement : utiliser les codes d'acte sous les titres* ***Angioradiologie interprétation*** *et les tarifs correspondants. Utiliser la* Demande de paiement - Assurance hospitalisation *(n° 1606).*

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section *Angioradiologie (Technique)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de cinq (5) ans. (MOD 066)

		Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)		
+	08401	insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée		104,30
+	08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives		104,30

			R = 7	R = 1
+	08402	après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément		52,05
+	08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément		66,20
+	08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément		17,45
		NOTE : - par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie - par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.		
+	08405	Artériographie périphérique par ponction directe		38,50
+	08406	Lymphographie unilatérale		38,50
+	08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément		18,20
		ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)		
		Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
+	08408	non sélective		34,05
+	08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4		32,60
		sélective avec quantification par moyen objectif :		
+	08410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément		15,20
+	08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2		15,20
+	08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4		26,60
+	08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux		13,00
+	08414	sélective carotidienne, unilatérale		34,05
+	08415	sélective vertébrale, unilatérale		34,05
		périphérique, membres inférieurs		
+	08416	unilatérale		34,05
+	08417	bilatérale		68,00
+	08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie		38,20
		Angiographie coronarienne		
+	08419	unilatérale		44,75
+	08420	bilatérale		89,55
+	08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément		24,20
+	08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		44,75
+	08423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée		34,05
+	08424	Lymphographie, unilatérale		33,15

R = 7 R = 1

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)

AVIS : *Veuillez utiliser* ***une*** Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200),* ***par patient****.*
Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de tomodensitométrie, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique Établissements reconnus de l'onglet Médecine de laboratoire.

Tête

+	08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	53,70	
+	08259	sans injection de substance de contraste	42,85	

Cou

+	08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	81,05	
+	08261	sans injection de substance de contraste	64,90	

Thorax

+	08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	81,05	
+	08263	sans injection de substance de contraste	70,25	

Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

+	08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	81,05	
+	08265	sans injection de substance de contraste	70,25	

Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)

+	08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	81,05	
+	08267	sans injection de substance de contraste	70,25	

Abdomen et pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

+	08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	115,45	
+	08269	sans injection de substance de contraste	104,70	

NOTE : La tarification de la région abdominale et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupoles diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

+	08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	67,55	
+	08275	sans injection de substance de contraste	62,25	

			R = 7	R = 1
		Extrémités		
+	08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste		52,75
+	08277	sans injection de substance de contraste		41,95
		Tarif de révision en tomodensitométrie		
+	08257	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie		20,30

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

- imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

+	08570	Tête		120,50
+	08571	Cou		120,60
+	08572	Thorax		151,45
+	08573	Abdomen		151,45
+	08574	Pelvis		151,45
+	08575	Extrémités		120,60
		Colonne		
+	08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)		112,45
+	08577	deux segments		141,25
+	08578	trois segments		190,05

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen (MOD 071).

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Tarif de révision en résonance magnétique :

+	08579	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique		17,00

R = 7 **R = 1**

AVIS : *Veuillez utiliser* ***une*** Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200),* ***par patient****.*
Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique Établissements reconnus *de l'onglet* Médecine de laboratoire.

8. MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 MANUELS

8.1.1 MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et les brochures destinés aux médecins omnipraticiens sont mis à jour régulièrement et disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

8.1.2 MANUELS PAPIER ET COMMANDE

À la demande du médecin omnipraticien, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier et les brochures nécessaires à sa pratique. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste une fois l'an.

Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le médecin omnipraticien peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

8.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

	Numéro
Manuel des médecins omnipraticiens	**100**
Brochure nº 1 - Médecins omnipraticiens - Entente, Lettres d'entente, Accords, Ententes particulières, Décrets	**104**
Brochure nº 2 - Médecins omnipraticiens - Rémunérés à Honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou au per diem	**105**
Brochure nº 3 - Médecins omnipraticiens - Mesures incitatives	**106**
Manuel des médecins omnipraticiens - Services de laboratoire en établissement (SLE)	**120**

Note : Le médecin omnipraticien peut consulter les manuels des autres professionnels de la santé ou dispensateurs de services sur le site Web de la Régie.

8.2 FORMULAIRES

8.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

8.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le médecin omnipraticien utilisant les demandes de paiement à l'acte papier (1200 et 1063), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1er avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

8.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.