

15 juillet 2021



# MÉDECINS OMNIPRATICIENS

---

MANUEL

Rémunération à l'acte

---

# TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS TARIFAIRES.....	1
A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL .....	1
1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION .....	1
2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION .....	6
ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	61
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 .....	65
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 .....	69
SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION .....	70
MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE .....	71
DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA .....	72
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC.....	74
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES.....	76
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES.....	78
B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE .....	1
Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans).....	2
Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus).....	6
Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit).....	7
Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit) .....	8
Visites à domicile.....	9
Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge).....	9
Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge).....	10
Communications.....	11
Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement .....	11
Psychothérapie (individuelle).....	12
Psychothérapie (collective) .....	12
CONSULTATION (patients de moins de 70 ans).....	12
EXAMEN (patients de moins de 70 ans) .....	13
Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général) .....	16

Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C).....	18
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).....	20
Examen du personnel d'un établissement .....	20
Examen d'évaluation médicale (réf. : P.G. 2.2.6) .....	21
Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (réf. :P.G. 2.2.7) .....	21
Forfait de déplacement (assaut sexuel) (réf. : préambule général, règle 2.2.7 A) .....	21
Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.....	22
Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner.....	22
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).....	23
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)).....	24
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) .....	25
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) .....	26
Intervention clinique (individuelle ou collective) .....	26
Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.....	29
Démarches du médecin accompagnateur pour administrer l'aide médicale à mourir.....	29
Psychothérapie (individuelle ou collective).....	29
Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir .....	30
Formulaire relatif à la sédation palliative continue.....	30
Constataion de décès .....	30
Constataion de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus .....	31
Nouveau-né en santé (réf. : préambule général, règle 2.4.3) .....	31
Frais de kilométrage (réf. : préambule général, règle 2.4.2).....	31
Surveillance .....	31
Transfert ambulancier .....	32
Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3) (réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente).....	32
Conseil génétique ou génique .....	33
Éthique clinique.....	34
RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS .....	36

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (ANNEXE XIII DE L'ENTENTE).....	38
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 .....	49
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE représenté par le sous-ministre.....	50
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....	51
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES .....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES .....	1
C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	2
ALLERGIE.....	3
AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES .....	4
BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple) .....	4
BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES .....	6
CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE .....	7
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques .....	12
Électrocardiogramme .....	15
DERMATOLOGIE .....	17
ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE .....	18
ÉLECTROMYOGRAPHIE .....	19
GASTROENTÉROLOGIE.....	21
GYNÉCOLOGIE .....	24
HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION .....	24
LABORATOIRE .....	28
ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation).....	29
NÉPHROLOGIE .....	30
NEUROCHIRURGIE .....	32
OPHTALMOLOGIE.....	32
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE .....	35
PNEUMOLOGIE .....	35
RADIOLOGIE.....	36
INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES.....	38
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE .....	40
RADIO-ONCOLOGIE .....	41

CURIETHÉRAPIE .....	42
SOINS INTENSIFS (réf.: Préambule général, règle 2.11) .....	43
UROLOGIE.....	43
DIVERS .....	45
TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES .....	48
ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE.....	49
D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION.....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
ANESTHÉSIE - RÉANIMATION .....	4
ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE .....	4
ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL .....	5
ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE.....	5
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.....	6
INHALOTHÉRAPIE .....	7
SOINS DE VENTILATION .....	7
COEUR-POUMON ARTIFICIEL.....	8
TRANSPLANTATIONS .....	8
DIVERS .....	8
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE .....	10
E - CHIRURGIE.....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ .....	1
Abcès : .....	2
Hématome.....	2
Tumeur bénigne .....	3
Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises) .....	4
Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) .....	6
Cryochirurgie .....	7
Lipectomie fonctionnelle.....	8
Onyctomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) .....	9
Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien) .....	9
Verrue.....	9
Réparation de plaies (débridement compris).....	12
Brûlures .....	14
Micro-greffe capillaire .....	16
Greffes cutanées ou greffes cultivées .....	16
Greffes par glissement, rotation ou transposition .....	17

Greffe pédiculée (à distance) .....	18
Greffe libre .....	18
Dermabrasion : Sablage.....	20
Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales .....	21
Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou.....	21
Seins .....	22
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement.....	26
Fistule cutanée .....	26
Chirurgie plastique .....	26
G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE .....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	2
CRÂNE ET FACE .....	6
SQUELETTE AXIAL .....	8
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS .....	15
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS .....	26
BOURSE SÉREUSE .....	41
MUSCLES .....	42
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS.....	42
DIVERS .....	43
H - SYSTÈME RESPIRATOIRE.....	1
NEZ .....	2
NASO-PHARYNX.....	4
SINUS .....	4
LARYNX .....	5
TRACHÉE .....	6
BRONCHES.....	7
MÉDIASTIN .....	7
POUMONS ET PLÈVRE .....	7
J - SYSTÈME CARDIAQUE .....	1
ACTES GÉNÉRAUX.....	2
COEUR ET PÉRICARDE.....	3
CHIRURGIE CORONARIENNE .....	6
STIMULATEUR CARDIAQUE .....	7
CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE .....	8
APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE.....	8
NON THORACIQUE .....	9
VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX.....	13

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE .....	1
L - SYSTÈME DIGESTIF .....	1
LÈVRES .....	2
BOUCHE .....	2
DENTS ET GENÇIVES .....	3
LANGUE .....	3
PALAIS ET LUETTE .....	4
AMYGDALES ET ADÉNOÏDES .....	4
PHARYNX .....	5
GLANDES SALIVAIRES .....	5
PAROTIDE .....	6
OESOPHAGE .....	6
ESTOMAC .....	7
INTESTIN (à l'exception du rectum) .....	8
APPENDICE .....	11
RECTUM .....	11
ANUS .....	12
FOIE .....	13
VOIES BILIAIRES .....	14
PANCRÉAS .....	15
ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON .....	16
ANNEXE .....	19
M - APPAREIL URINAIRE .....	1
REIN .....	2
URETÈRE .....	3
VESSIE .....	5
URÈTRE .....	6
N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE .....	1
PÉNIS .....	2
TESTICULES .....	3
ÉPIDIDYME .....	3
TUNIQUE VAGINALE .....	4
SCROTUM .....	4
CANAL DÉFÉRENT .....	4
CORDON .....	5
VÉSICULE SÉMINALE .....	5
PROSTATE .....	5

P – GYNÉCOLOGIE.....	1
VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN .....	2
VAGIN .....	2
TROMPES.....	3
OVAIRES.....	4
UTÉRUS ET COL UTÉRIN.....	4
DIVERS .....	7
Q - OBSTÉTRIQUE .....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
R - APPAREIL GLANDULAIRE .....	1
THYROÏDE .....	1
PARATHYROÏDE .....	1
SURRENALES.....	1
S - SYSTÈME NERVEUX.....	1
CRÂNE & ENCÉPHALE .....	2
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS .....	8
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL .....	9
NERFS PÉRIPHÉRIQUES.....	12
Divers.....	14
T - APPAREIL VISUEL.....	1
GLOBE OCULAIRE.....	2
CORNÉE .....	2
SCLÉROTIQUE .....	3
IRIS ET CORPS CILIAIRE .....	3
CRISTALLIN.....	3
CORPS VITRÉ.....	4
RÉTINE .....	4
MUSCLES OCULAIRES .....	5
ORBITE .....	6
PAUPIÈRES ET SOURCILS.....	6
CILS .....	8
CONJONCTIVE.....	8
APPAREIL LACRYMAL.....	8
CORPS ÉTRANGER.....	9
TRAUMATISME OCULAIRE.....	10
U - APPAREIL AUDITIF .....	1
OREILLE EXTERNE .....	2

OREILLE MOYENNE.....	3
OREILLE INTERNE.....	4
V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
TABLEAU DES HONORAIRES .....	5
PROTOCOLE I .....	13

## DISPOSITIONS TARIFAIRES

### **ENTENTE DU 1<sup>er</sup> 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.

Les tarifs inscrits sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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.



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

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

##### 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 contre-signer.

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.

**AVIS** : Pour l'intervention clinique avec le concours d'un résident, inscrire :

- le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec du résident qui a vu le patient pour lequel la rémunération est demandée à la section Professionnel en référence de la facture de services médicaux;
- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention clinique.

#### **1.1.4 Frais accessoires**

Un médecin ne peut réclamer d'une personne assurée quelque paiement aux fins de la dispensation d'un service assuré, sauf disposition contraire à la réglementation applicable.

Lorsque la réglementation autorise un médecin de demander paiement d'une personne assurée pour le complètement d'un formulaire, cette autorisation ne vise pas les formulaires dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente.

#### **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 de l'onglet [Q – 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.

**AVIS** : Utiliser le code de localité du domicile du patient.

##### **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.

## **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 :** *Inscrire le code de facturation 09990.*

*Voir la section Actes non tarifés du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).*

*Les services médico-administratifs de l'[annexe XIII](#) (CNESST) ne sont 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

Après 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;

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 708 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 715,20 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. 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 862,80 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 871,60 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Pour une période de garde de 20 h à 24 h, le forfait compensatoire est de 173,10 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 174,85 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

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 installations désignées pour un médecin additionnel à l'urgence](#).*

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** : *Utiliser l'élément de contexte **Forfait de garde sur place réclamé en raison d'un transfert ambulancier**.*

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*, la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (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, pour demander le forfait pour les établissements non adhérents à l'[EP 43 – Garde sur place – Certains établissements](#), inscrire l'heure de début de tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé et le code de facturation approprié.*

*Si un seul médecin est autorisé pour la garde, utiliser le code :*

- **09998** en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi;
- **19055** la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h;
- **09996** en tout temps, de 20 h à 24 h.

*Si plus d'un médecin est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h, utiliser le code :*

- **09994** en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi;
- **19056** la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h.

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

*Pour les établissements adhérents, voir l'[EP 43 – Garde sur place – Certains établissements](#).*

*Pour les services rendus durant la période de garde, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé**.*

*Inscrire l'heure de début du service.*

*Utiliser une ligne de facture distincte pour chaque forfait facturé.*

**Tableau synthèse**  
**pour les établissements non adhérents**  
**à l'[EP 43 – Garde sur place – Certains établissements](#)**  
*(pour les établissements adhérents, voir l'[EP 43 – Garde sur place – Certains établissements](#))*

<b>Période</b>	<b>Calendrier</b>	<b>Md</b>	<b>Code</b>	<b>% actes</b>	<b>Forfait</b>
0 h à 8 h	en semaine	1 <sup>er</sup>	09998	101 %	non divisible
	fin de semaine et jour férié	1 <sup>er</sup>	19055		
0 h à 8 h	en semaine	2 <sup>e</sup>	09994	101 %	divisible en heures
	fin de semaine et jour férié	2 <sup>e</sup>	19056		
20 h à 24 h	tous les jours 7 jours sur 7	1 <sup>er</sup>	09996	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 :

- soit selon la rémunération à l'acte;
- soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 138,85 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 140,25 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**AVIS** : Inscire le code de facturation **09099** (P.G. 2.2.9 A).

- soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 206,55 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 208,60 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**AVIS** : Inscire le code de facturation **15232** (P.G. 2.2.9 A).

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.

**AVIS** : *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

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 :

#### 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** : *Indiquer le numéro de professionnel (93XXXXX) de la sage-femme qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

#### 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** : *Indiquer le numéro de professionnel (3XXXXX ou 8XXXXX) de l'optométriste qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

#### 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** : *Indiquer le numéro de professionnel (2XXXXX ou 7XXXXX sauf 74XXXX) du chirurgien dentiste qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

**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. 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.

**2.2.4 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 et en GMF-U en établissement**

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 ou en GMF-U en établissement 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, tout médecin du groupe au sens de l'alinéa précédent peut se prévaloir de ces actes réservés dans les deux situations suivantes;

- En cas d'interruption des activités du médecin traitant pour une période de treize semaines consécutives ou plus pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale;

**AVIS** : Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour 13 semaines consécutives ou plus en raison d'un congé de maternité ou d'adoption ou pour invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite.

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus.**

- Lorsque le médecin assure la supervision de résidents dans un GMF-U pour un patient suivi par le résident et évalué avec la participation de celui-ci.

**AVIS** : Incrire le numéro du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.

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 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 [Inscription de la clientèle des professionnels de la santé](#).

Par exception aux règles précédentes, l'évaluation du nombre de patients décrits ci-dessus est ajustée lors du retour du médecin à ses activités après une interruption en raison d'un congé de maternité, d'un congé d'adoption, ou d'une interruption de 13 semaines ou plus en raison d'une invalidité totale.

Le médecin qui comptait au moins 500 patients inscrits la veille de son départ pour le congé en cause, peut continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée pour une période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de son retour, et ce, comme s'il comptait 500 patients inscrits ou plus à la date de son retour. À la fin de cette période, le niveau de tarification est fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui à la fin de la période de quatre-vingt-dix (90) jours, et ce, jusqu'à ce qu'une évaluation subséquente produise un résultat différent.

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 aux conditions suivantes :

- L'engagement doit être transmis au DRMG et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) via les Services en ligne de la RAMQ en utilisant le formulaire prévu. La date de l'engagement doit correspondre à la date de transmission ou être postérieure à celle-ci.
- Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, pour continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, il doit compter au moins 500 patients ou plus au dernier jour du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre. Advenant qu'au cours de la première année de la délivrance de son permis, un médecin s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, 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, d'adoption ou d'invalidité, continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, et ce, pour le nombre de semaines qui lui restait à la date de début de son congé de maternité, d'adoption 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, d'adoption ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence. En outre, le médecin admissible par les autorités fiscales au crédit d'impôt pour personne handicapée en raison d'une déficience grave et prolongée et qui effectue de la prise en charge et du suivi de la clientèle peut également se prévaloir, pour la période reconnue par les autorités fiscales, à la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits. Dans un tel cas, le médecin doit transmettre à la Régie les pièces justificatives pertinentes liées à son admissibilité à un tel crédit d'impôt.

De même, un 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 RAMQ 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.

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 RAMQ aura reçu l'information.

S'il y a lieu, vous devez également informer la RAMQ par lettre des dates de début et de fin de votre congé de maternité ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, vous devez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et si l'invalidité est totale ou partielle.

Vous devez informer la RAMQ de toute modification relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou d'invalidité.

**Par la poste**

Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

**Par télécopieur**

418 646-8110

**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, consultez le rapport Nombre de patients inscrits pour la tarification dans le service en ligne [Inscription de la clientèle des professionnels de la santé](#).

**AVIS** : Pour connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, consultez l'encadré Renseignements personnels, sous Profil, dans le service en ligne [Mon dossier](#).

**AVIS** : Pour bénéficier de la tarification bonifiée, le médecin admissible au crédit d'impôt pour personne handicapée en raison d'une déficience grave et prolongée doit transmettre à la RAMQ une copie de son avis de détermination délivré par l'Agence du revenu du Canada :

**Par la poste**

Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

**Par télécopieur**

418 646-8110

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 3<sup>e</sup> alinéa et 4<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus. Il en va de même, en GMF-U, en ce qui concerne la visite périodique du patient vulnérable lorsque le médecin rencontre les conditions spécifiques à ce milieu.

**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) Visite à domicile**

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 ou en GMF-U en établissement 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 les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, voir le paragraphe 2.4.2.*

**AVIS :** *Pour la visite à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en GMF-U :*

- utiliser l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**, *excepté pour les visites dont le patient est en perte sévère d'autonomie et dont le libellé en fait déjà mention (codes de facturation 15781 à 15784);*
- inscrire le numéro de cabinet, le code postal ou le numéro du lieu habituel de pratique.

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 ou en GMF-U en établissement.

**AVIS** : Les codes de facturation **15781, 15782, 15783 et 15784** pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile.**

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient.**

#### **v) Visites associées à un problème musculo-squelettique**

La visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique, la visite de suivi d'un problème musculo-squelettique et la visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique (alinéas 17), 18) et 19) ci-dessous) peuvent seulement être facturées lorsqu'elles sont effectuées :

- sur rendez-vous;
- par un médecin désigné par le comité paritaire du fait qu'une portion significative de sa pratique est orientée sur l'évaluation, le traitement et le suivi de problèmes complexes musculo-squelettiques;
- et que le patient n'est pas inscrit auprès du médecin.

#### **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** : Consulter le [tableau synthèse](#) des visites et évaluations.

#### **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 ou lors de la première visite sur rendez-vous ou en accès adapté à la suite de l'inscription d'un patient dans le cadre d'une consultation sans rendez-vous par le même médecin.

Malgré ce qui précède, lorsqu'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPSPL) procède, avec le consentement du médecin partenaire et au nom de celui-ci, à l'inscription d'un patient non vulnérable lors de la visite ou de la consultation qu'elle a effectuée, le médecin peut, lors de la première visite sur rendez-vous ou en accès adapté effectuée par ce dernier, réclamer la visite de prise en charge.

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 de facturation **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 de facturation **15819, 15820, 15839 et 15840** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.

### **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 de facturation **15803, 15804, 15817, 15818, 15823, 15824, 15837 et 15838** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité ou d'adoption, ou pour invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite.

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus**.

**AVIS** : Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.

### **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'une 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 de facturation **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
- l'évaluation d'un patient en vue d'effectuer une vasectomie, comprenant autant l'évaluation anatomique pertinente que la discussion visant à s'assurer que le patient a bien évalué quand effectuer l'intervention en tenant compte de sa situation personnelle.

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 de facturation **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 de facturation **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 de facturation **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 de facturation **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 de facturation **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 réclamer 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 de facturation **15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829 et 15830** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Pour une date de service égale ou ultérieure au 7 juillet 2017, inscrire la date des dernières menstruations. Pour une date de service antérieure au 7 juillet 2017, inscrire la date prévue d'accouchement.*

**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 de facturation **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 réclamer 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 réclamer 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 de facturation **15813, 15814, 15833 et 15834** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus en raison d'un congé de maternité ou d'adoption ou pour une invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite.

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus**.

**AVIS** : Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.

### 13) Communication 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

**AVIS** : Voir les codes de facturation **15841, 15842 et 15843** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

Le médecin qui ne rencontre pas le nombre minimum de patients inscrits requis au paragraphe précédent, mais qui bénéficie de la tarification bonifiée en raison d'une des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus et qui compte entre 250 patients et 500 patients inscrits peut, par trimestre, réclamer le nombre maximal de forfaits ci-dessous, établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui. L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles applicables à chacune des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) :

- moins de 500 patients inscrits, mais plus de 250 patients inscrits : 7

**AVIS** : Utiliser le code de facturation **15841**.

Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

### 14) Communication 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

**AVIS :** Voir les codes de facturation **15844**, **15845** et **15846** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

Le médecin qui ne rencontre pas le nombre minimum de patients inscrits requis au paragraphe précédent, mais qui bénéficie de la tarification bonifiée en raison d'une des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus et qui compte entre 250 patients et 500 patients inscrits peut, par trimestre, réclamer le nombre maximal de forfaits ci-dessous, établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui. L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles applicables à chacune des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) :

- moins de 500 patients inscrits, mais plus de 250 patients inscrits : 7

**AVIS :** Utiliser le code de facturation **15844**.

Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

### **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 de facturation **15781, 15782, 15783 et 15784** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS :** Les codes de facturation **15781, 15782, 15783 et 15784** pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile**.

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**.

**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 les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, voir le paragraphe 2.4.2.

**AVIS :** **Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes**

**Lors de l'inscription de la visite au registre des consultations, l'identification de ces patients doit être fait en cochant la case Suivi à domicile du patient en perte sévère d'autonomie.**

#### 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 ou en GMF-U en établissement 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 de facturation **15847, 15848 et 15849** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

Inscrire l'heure de début du déplacement.

Pour le deuxième supplément d'honoraires et les suivants et pour les services facturés au cours de la même période, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.

#### 17) Visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique

La visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique s'effectue sur rendez-vous et vise l'évaluation d'un patient souffrant d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation par un médecin détenant une expertise en la matière ou la participation d'un tel médecin dans son suivi longitudinal, ou à l'évaluation par un tel médecin d'un patient souffrant de symptômes persistants d'une commotion cérébrale.

Elle comprend l'examen 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. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin peut se prévaloir de cette visite une seule fois pour un même patient. Toutefois, il ne peut se prévaloir de cette visite s'il s'est prévalu, pour le même patient, de la visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion.

**AVIS :** Voir le code de facturation **08775** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

#### 18) Visite de suivi d'un problème musculo-squelettique

La visite de suivi d'un problème musculo-squelettique s'effectue sur rendez-vous et vise l'évaluation ou le traitement d'un patient souffrant d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation ou un suivi longitudinal. Elle ne s'applique pas et ne peut être facturée lors du suivi d'un patient souffrant de symptômes persistants d'une commotion cérébrale, à moins que le patient souffre aussi d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation ou un suivi longitudinal.

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.

**AVIS :** Voir le code de facturation **08776** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### **19) Visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion**

La visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de son expertise, de la complexité ou de la gravité du problème musculo-squelettique du patient ou de symptômes persistants d'une commotion cérébrale.

L'évaluation inclut l'examen physique. 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 de facturation **08777** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

### **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. Le tarif de l'intervention clinique collective est modulé selon qu'elle soit utilisée ou non pour soigner un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité décrite à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. La modulation du tarif du premier type d'intervention clinique collective tient compte du temps de préparation qui doit être consacré à l'intervention clinique collective et qui n'est pas inclus dans le temps rémunéré.

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. L'ultime période supplémentaire doit avoir une durée minimale de huit (8) minutes, sans quoi elle ne peut donner lieu à aucune rémunération. Lorsqu'une période supplémentaire dont la durée est de moins de quinze (15) minutes est rémunérée et qu'elle est suivie d'une nouvelle intervention clinique auprès d'un autre patient, cette dernière ne peut débuter moins de quinze (15) minutes complètes après le début de l'ultime période supplémentaire en cause. 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.

**AVIS** : Voir les codes de facturation **08857 à 08860, 08866 à 08869 et 08841 à 08844** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

Inscrire :

- le code de facturation approprié;
- l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des codes de l'intervention clinique.

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,
- auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin,
- auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin.
- auprès d'une personne souffrant d'un problème de migraine suivie par un médecin désigné par le comité paritaire du fait qu'il détient une expertise en la matière ou une pratique significative.
- auprès d'une personne au sein d'une clinique privée désignée où il s'effectue des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales.

**AVIS** : Pour les centres de réadaptation en déficience physique visés par le suivi des grands brûlés et ceux prenant charge de la clientèle polytraumatisée, voir la [liste des installations désignées](#).

**AVIS** : Les cliniques privées désignées pour les interruptions volontaires de grossesse chirurgicales sont les suivantes :

- Clinique Morgentaler (55433);
- Clinique médicale Femina (55363);
- Clinique médicale de l'Alternative (55390);
- Centre de santé des femmes de Montréal (56002);
- Clinique médicale l'Envolée (55080).

Le médecin indique le contexte lorsqu'il réclame le service dans une des situations visées ci-dessus.

**AVIS**: Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants, sauf pour les codes de facturation **08841 à 08844** :

- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé mentale;
- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de toxicomanie;
- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant 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;
- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin;
- Intervention clinique effectuée auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin;
- Intervention clinique effectuée pour l'intubation d'un patient COVID positif durant sa garde;
- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne souffrant d'un problème de migraine;
- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'une clinique privée désignée où il s'effectue des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales.

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** : Voir les codes de facturation **01098, 01099 et 01100**.

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** : Voir les codes de facturation **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** : Voir le code de facturation **08875**.

La constatation de décès;

**AVIS** : Voir les codes de facturation **00013, 00014 et 15234**.

La rédaction d'un formulaire tarifé.

**AVIS** : Voir les codes de facturation **09800, 09817, 09825, 09826, 09901 à 09980, 15265 et 15795 à 15797**.

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 ou en GMF-U en établissement 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 successives, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui a précédé la visite. Lorsqu'une période supplémentaire pour l'intervention clinique est rémunérée pour moins de quinze (15) minutes et qu'elle est suivie d'un déplacement, le calcul du supplément débute après les quinze (15) minutes complétées de l'ultime période supplémentaire.

**AVIS** : *Inscrire :*

- le code de facturation **08861**;
- l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres, à l'aller et au retour.

*Utiliser :*

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;
- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

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 téléconsultation, utiliser les codes de facturation 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** : *Lors d'un déplacement relié à la participation à une téléconsultation, inscrire :*

- le code de facturation **08876**;
- l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres, à l'aller et au retour.

*Utiliser :*

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;
- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

*Ce supplément est payable pour une distance de 10 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 conformément à la Loi 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.

**AVIS** : *Voir les codes de facturation **15880** et **15881** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

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.

Le temps consacré aux actes ci-dessus doit être exclu de 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 de facturation **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 :** Utiliser l'élément de contexte **Déplacement pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir**.

*Pour les instructions de facturation, consulter le paragraphe 2.4.2.*

## **Mentorat pour l'aide médicale à mourir**

L'ensemble des modalités décrites au présent paragraphe, incluant le formulaire (parties 1, 2 et 3) et démarches afférentes relatifs à l'aide médicale à mourir, le rapport de consultation (avis du second médecin) et les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments, peuvent, pour le même patient, être réclamés par deux médecins lorsqu'un des deux médecins agit à titre de mentor ou fait l'objet de mentorat pour ces services.

Pour faire l'objet de mentorat, un médecin ne doit pas avoir réclamé plus de 5 (cinq) interventions cliniques à la suite d'une aide médicale à mourir, comme médecin accompagnateur ou comme médecin donnant une deuxième opinion dans les quatre (4) dernières années.

Lorsque le médecin qui fait l'objet de mentorat a réclamé une intervention clinique à la suite d'une aide médicale à mourir au cours des quatre (4) dernières années, le nombre maximum d'interventions pouvant donner lieu à la facturation par deux médecins est le maximum de cinq (5), réduit du nombre d'interventions cliniques d'aide médicale à mourir d'autant.

Lors de leur facturation des services, les deux médecins doivent indiquer le nom et le numéro de permis du médecin qui agit comme mentoré ou comme mentor.

Le médecin qui veut se prévaloir du montant doit informer la Régie de son intention d'y avoir recours.

**AVIS :** *Le médecin mentor et le médecin mentoré doivent faire parvenir à la RAMQ une lettre dans laquelle ils font part de leur intention d'avoir recours au mentorat pour l'aide médicale à mourir en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute et le rôle demandé, mentor ou mentoré.*

**Par la poste**

*Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision*

*Régie de l'assurance maladie du Québec*

*C. P. 6600, succ.Terminus*

*Québec (Québec) G1K 7T3*

**Par télécopieur**

*418 646-8110*

**2.2.6 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 des normes, de l'équité, 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 no 223 doit être exclu du temps de l'intervention en situation complexe.

**AVIS** : *S'il y a lieu, pour la nouvelle intervention auprès d'un patient, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle 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** : *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement de l'endroit où est le patient (lieu désigné).*

**AVIS** : *Voir la [Liste des installations désignées pour l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier](#).*

**AVIS** : *Pour le lieu en référence, indiquer :*

- la précision du lieu **Lieu du transfert du patient;**
- le numéro de l'établissement où le patient est transféré.

#### **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** : *Inscrire :*

- le code de facturation **15637;**
- le numéro du centre hospitalier;
- la date d'entrée du patient au centre hospitalier;
- le secteur d'activité **Clinique d'urgence.**

#### **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 33 \$ par quart de garde à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 33,35 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Un maximum de trois (3) forfaits peuvent être facturés par jour de calendrier dans un même service d'urgence.

**AVIS :** *Inscrire :*

- le code de facturation **15259**;
  - l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde sur place à l'urgence, qui doit être de 8 heures consécutives.
- Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

#### **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 codifiés **15643** et **15652**, inscrire la date d'admission en 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.

Lorsque le libellé des visites suivantes réfère au médecin qui assume la responsabilité principale de soins du patient dans un milieu psychiatrique deux médecins différents peuvent répondre à cette exigence, soit celui qui assume la responsabilité principale pour les soins psychiatriques du patient et celui qui assume la responsabilité principale du patient pour les soins physiques.

**AVIS :** Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, dans un milieu psychiatrique, deux médecins qui assument respectivement la responsabilité principale des soins psychiatriques et des soins physiques d'un patient peuvent facturer, pour la même journée, les services rendus à ce patient en utilisant les visites prévues à la nomenclature qui leur est applicable :

*Le médecin responsable des soins physiques du patient facture les visites du paragraphe 2.2.6 D du préambule général;*

*Le médecin responsable des soins psychiatriques facture les visites prévues au paragraphe 2.2.6 G du préambule général.*

### 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.

Lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un centre hospitalier de soins psychiatriques désigné par le MSSS à cette fin, cette visite comporte une tarification distincte.

**AVIS :** Voir les codes de facturation **15638** (niveau A), **15647** (niveau B) et **15667** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 première visite de suivi auprès d'un patient au cours d'une journée, voir les codes de facturation **15639** (niveau A) et **15648** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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 effectuée auprès d'un patient le même jour, voir les codes de facturation **15640** (niveau A) et **15649** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'[EP 43 – 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 indiquant le secteur où il donne les soins.

Il doit également (régime A et B) :

- utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé** et, si requis, l'élément de contexte **Service dispensé au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente**;

- indiquer l'heure de début du service.

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](#) (paragr. 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 visite de transfert, du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir les codes de facturation **15641** (niveau A) et **15650** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 de facturation **15642** (niveau A), **15651** (niveau B) et **15668** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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.

Lorsqu'elle est effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de gériatrie-psycho-geriatrie d'un centre hospitalier de soins psychiatriques désigné par le MSSS à cette fin, cette visite comporte une tarification distincte.

**AVIS :** Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

**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](#) (paragr. 2.01 P.G. 2.2.6 D).

**AVIS :** Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'[EP 29 – Malade admis en CHSGS](#) (régime A ou B), doit se rendre à l'**urgence** auprès d'un **patient admis** en attente d'être dirigé vers 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.

Indiquer :

- pour le régime A, l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé** et préciser l'heure de début du service;
- pour le régime B, l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

**AVIS :** Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'[EP 43 – 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 services.

Il doit également (régime A et B) :

- utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé** et, si requis, l'élément de contexte **Service dispensé au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente**;
- indiquer l'heure de début du service.

### 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 de facturation **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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 de facturation **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B), indiquer la durée de l'échange.

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** : Incrire **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](#) (paragr. 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 de facturation **15644**, **15645** et **15646** (niveau A) et **15653**, **15654** et **15655** (niveau B) sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Incrire :

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la 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 de facturation **15615** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 de facturation **15616** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 de facturation **15617** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

#### 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 de facturation **15618** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

#### 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 de facturation **15619** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

#### 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** : *Utiliser le code de facturation 15620 et indiquer la durée de l'échange.*

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** : *Utiliser le code de facturation 15620 et indiquer la durée de l'échange.*

#### **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 le code de facturation 15621 et indiquer la durée de l'échange.*

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

#### **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** : *Inscrire :*

*- le code de facturation 15622;*

*- l'heure de début du service;*

*- le numéro de l'établissement où le patient est admis.*

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

*Voir le code de facturation 15622 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

#### **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 de facturation **15623, 15624 et 15625** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Inscrire :

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la 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.

#### **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 de facturation **15626** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

#### **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 de facturation **15627** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 de facturation **15628** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**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](#) (paragr. 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 visite de transfert, du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code de facturation **15629** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

### 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 de facturation **15630** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

**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](#) (paragr. 2.03 P.G. 2.2.6 F).

## 6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclaté 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.

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.

**AVIS** : Utiliser le code de facturation **15631** et indiquer la durée de l'échange.

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** : 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](#) (paragr. 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 réclaté 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 le code de facturation **15632** et indiquer la durée de l'échange.

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

### 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 de facturation **15633**, **15634** et **15635** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

**AVIS** : Incrire :

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la 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 transmettre à la RAMQ un formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte \(3547\)](#) pour chaque médecin qui choisit la nomenclature à l'acte pour les soins psychiatriques afin de confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Annexe XXII;

- le secteur de pratique Psychiatrie : soins psychiatriques.

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 au service d'urgence auprès d'un patient admis doit facturer les services psychiatriques rendus en tenant compte du type de visite effectuée.*

*Utiliser le secteur d'activité **Section psychiatrique**.*

**AVIS** : *Pour chacun des actes suivants, à l'exception de l'échange interdisciplinaire codifié 08953, inscrire la date d'admission du patient 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](#) (paragr. 2.04 P.G. 2.2.6 G).*

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 de facturation 08923 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

### **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 de facturation 08933 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

### **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 première visite de suivi psychiatrique exigeant un examen d'un patient au cours d'une journée, voir le code de facturation **08913** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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 le même jour, voir le code de facturation **08942** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Pour une visite effectuée lors d'un déplacement d'urgence, utiliser le code de facturation **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 visite de transfert psychiatrique du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code de facturation **08943** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Lorsque la visite est faite exceptionnellement la fin de semaine ou un jour férié, le médecin peut facturer un jour suivant un de ces jours exclus selon les conditions susmentionnées.*

#### **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 de facturation **08948** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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 :** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

#### **6) Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient**

Ce service peut être réclaté 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 de facturation 08953 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

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 de facturation 08953, indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

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 de facturation 08966, 08967 et 08968 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

**AVIS** : *Inscrire :*

- *l'heure de début du déplacement;*

- *l'élément de contexte **Séance différente** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la 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 de facturation 19080, 19081 et 19082 sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

### **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** : *Indiquer l'heure de début du service.*

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** : *Indiquer l'heure de début du service.*

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;

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.

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 16 % 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 l'heure de début du service.*

ii) Une majoration de 26 % 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 l'heure de début du service.*

iii) Une majoration de 33 % 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 l'heure de début du service.*

iv) Une majoration de 16 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services dispensés sur place de 0 h à 8 h.

**AVIS** : *Inscrire l'heure de début du service.*

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 139,80 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018, de 154,80 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2018 et de 156,40 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application des majorations prévues ci-dessus.

**AVIS** : *Pour les services rendus de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié, inscrire le code de facturation **09791**.*

*Pour les services rendus de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le code de facturation **19953**.*

*Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.*

*S'il y a lieu, préciser le secteur d'activité **Service d'urgence CLSC réseau de garde**.*

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

### **2.2.9 C (abrogé le 30 septembre 2013)**

## 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.

Pour le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement, le tarif de la première demi-heure est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

## 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 de facturation **15883** et **15884** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Les codes de facturation **15883** et **15884** doivent être facturés lors du retour de la trousse.*

**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 de facturation **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 de facturation **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 de facturation **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 de facturation **15888** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

NOTE : À l'exception du paragraphe 2.4.05, l'ensemble des présents services bénéficient des modalités de mentorat décrites au paragraphe 2.2.6 B-1 du Préambule général.

#### **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 de facturation **00013, 00014, 00016, 00018, 15234 et 15266** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Utiliser l'élément de contexte **Séance différente** si un examen est effectué avant l'examen requis pour constater le décès ou avant d'effectuer un examen externe du cadavre à la demande du coroner.*

Dispositions spécifiques à la constatation de décès à distance

- 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.

**AVIS** : Voir le code de facturation **15264** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

- Dans un CHSLD, le médecin qui procède à distance à l'évaluation d'un patient hébergé 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 CHSLD. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le personnel infirmier du CHSLD 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.

**AVIS :** Voir le code de facturation **15889** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Peu importe le lieu où il se trouvait lors de l'évaluation à distance du décès, lors de la facturation, le médecin doit utiliser le numéro du CHSLD dans lequel il détient sa nomination, et non le lieu où se trouvait le patient.*

- En CLSC, le médecin exerçant dans le cadre du programme de soins à domicile qui procède à distance à l'évaluation d'un patient décédé inscrit au programme de soins à domicile du CLSC 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 CLSC. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le personnel infirmier du CLSC 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.

**AVIS :** Voir le code de facturation **15890** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

*Peu importe le lieu où il se trouvait lors de l'évaluation à distance du décès, lors de la facturation, le médecin doit utiliser le numéro du CLSC dans lequel il détient sa nomination, et non le lieu où se trouvait le patient.*

#### **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.

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut 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.

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 de facturation **15265** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

#### **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, en CLSC ou en GMF-U en établissement 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.

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 soixante (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.

**AVIS :** Pour le médecin rémunéré à l'acte, selon le mode mixte ou à honoraires fixes, utiliser une facture de frais de déplacement pour l'aller et une autre pour le retour et inscrire sur chacune :

- le code facturation **09991**;
- le nombre de kilomètres effectués à l'aller (facture 1) et au retour (facture 2) diminué des 10 premiers kilomètres pour chacune de ces factures dans le champ Nombre de kilomètres à l'aller;
- l'élément de contexte **Aller** ou **Retour** selon la situation;
- l'élément de contexte précisant la nature du déplacement :
  - **Visite rendue au domicile du patient;**
  - **Déplacement à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement;**
  - **Déplacement pour faire l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner;**
  
  - **Déplacement pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir (ref 2.2.6 B-1).**

*Lors de visites à domicile en série, remplir une facture pour l'aller en utilisant l'adresse du point de départ et celle du patient le plus éloigné, puis inversement pour la facture de retour vers le point d'arrivée, en diminuant chacune des factures des 10 premiers kilomètres.*

*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 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.*

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) pour le remboursement des frais de kilométrage et inscrire :

- dans la section Frais de déplacement :
  - le code postal de départ et le code postal d'arrivée (le lieu d'intervention le plus éloigné),
  - la distance totale unidirectionnelle diminuée des 10 premiers kilomètres jusqu'à concurrence de 59 kilomètres (60 kilomètres et plus, considération spéciale),
  - le montant demandé (au tarif par kilomètre unidirectionnel selon l'Entente);
- dans la section Renseignements complémentaires :
  - Visite à domicile.

*Pour plus d'un déplacement par semaine :*

- détailler tous les déplacements dans la section Renseignements complémentaires;
- inscrire le total de kilomètres (distance unidirectionnelle) dans le champ Distance totale de la section Frais de déplacement.

*Pour tous les modes de rémunération et selon le mode de rémunération du médecin, pour chaque déplacement, inscrire les activités correspondant à l'indemnité de kilométrage facturée sur :*

- la facture de services médicaux;
- la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215);
- la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216).

### 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 de facturation **15024** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

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** : *Si l'état du nouveau-né change au cours de la journée et que le même médecin doit le revoir, il 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 de facturation appropriés.*

*Si un autre médecin examine ce nouveau-né, il doit utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** 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, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h :

- pour un patient au cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement.

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.

**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 :** Utiliser le code de facturation :

- **06903, 06984** ou **06985** pour l'accouchement, selon l'heure de la naissance;
- **06986, 06987** ou **06988** pour l'ensemble des soins, selon l'heure de prise en charge par le médecin consultant;
- **06989** ou **06990** pour l'ensemble des soins, selon l'heure de prise en charge par le médecin remplaçant.

Voir les codes de facturation **06903, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989** et **06990** sous l'onglet [Q – Obstétrique](#).

**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 :** Utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** et indiquer l'heure de début du service.

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 :** Utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** et indiquer l'heure de début du service.

**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** : Utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** et indiquer l'heure de début du service.

**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** : Incrire l'heure de début du service, si requis.

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 29,35 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 29,65 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. 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 (code de facturation **00837** ou **00839**).

Voir le code de facturation **20084** sous l'onglet [C – 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** : Pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active ou en soins palliatifs dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, les jours fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

**AVIS** : **En établissement**, les seules dates reconnues par la RAMQ comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la RAMQ par le directeur des services professionnels et hospitaliers **avant le 30 avril** de chaque année.

Si aucun calendrier spécifique n'est transmis **avant cette date**, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu.

**En cabinet**, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu. La période de référence est du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril de l'année suivante.

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

**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. Il y a deux types de plateaux, soit mineur et principal et le supplément d'honoraires pour le plateau principal a deux valeurs différentes selon qu'il est utilisé ou non dans le contexte d'un avortement thérapeutique.

Pour le plateau principal (01098) il est de 36,65 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 37 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019, pour le plateau mineur (01099) le supplément d'honoraires est de 18,35 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 18,55 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Le supplément d'honoraires pour le plateau principal (01100), applicable aux services d'avortements thérapeutiques est, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018, de 23,50 \$ et de 23,75 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément accordé pour le plateau principal (01098), 2.4.7.7 B pour le supplément accordé pour le plateau mineur (01099) et 2.4.7.7 C pour le supplément accordé pour le plateau principal pour les services d'avortements thérapeutiques (01100).

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 qu'aux chirurgies effectuées en cabinet privé.*

*Inscrire le code de facturation :*

- **01098** pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 A;
- **01099** pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 B;
- **01100** pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 C.

#### **2.4.7.8** (abrogé le 30 septembre 2013)

**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.

#### **2.4.8 Surveillance (voir le code 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 de facturation **09087** et **09246** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).*

##### **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 de facturation **19047**, **19048** et **19049** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

## **2.5 PRÉSUMPTION**

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 la [liste des établissements désignés à l'annexe I de l'Accord n° 126](#).

## 2.8 PATIENT DE SOIXANTE-DIX (70) ANS OU PLUS DANS UN SERVICE D'URGENCE

**AVIS :** Le paragraphe 2.8 a été abrogé le 15 mars 2003 par l'Amendement n° 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** : Les installations désignées à l'[annexe 1 de l'Accord n° 172](#) sont :

**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 de facturation **00017**, **00019**, **08906** et **08909** sous l'onglet [B – Consultation, examen et visite](#).

## 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<sup>o</sup>C, 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, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens.

### 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, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens.

### 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.

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL  
2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

**AVIS** : *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens.*

## 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

androscope

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 (1<sup>er</sup> 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
- bronchspirométrie (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  
exophthalmométrie  
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.

**AVIS :** *L'examen optométrique est couvert par la RAMQ pour la personne assurée âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour la personne qui présente un carnet de réclamation valide délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.*

### **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)

### **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)

#### **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 sur la police* (RLRQ, chapitre P-13.1)
- *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.

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

- *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 :**

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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 en ce qui concerne certains montants forfaitaires.*

*Voir les instructions de facturation relatives à chaque entente particulière sous l'onglet [Ententes particulières](#) de la Brochure n° 1.*

### 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° 82)*

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

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

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

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

### IMPORTANT

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

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

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

### DEMANDE D'AUTORISATION

#### 1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

#### 2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un résumé du dossier médical.

#### 3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

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

#### **4. INFORMATION**

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

Téléphone : 418 643-8114

Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

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

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

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

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

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

### IMPORTANT

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

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

### DEMANDE D'AUTORISATION

#### 1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

#### 2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un résumé du dossier médical.

#### 3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

- Régie de l'assurance maladie du Québec
- Autorisation médicale
- Service de l'application des programmes (Q022)

Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

#### **4. INFORMATION**

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

Téléphone : 418 643-8114

Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

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

Adresse 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, 3<sup>e</sup> étage, édifice Carleton  
Case postale 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8  
Téléphone : 506 457-4800

### **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

**NOUVELLE-ÉCOSSE**

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

**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

**AVIS** : *La période de référence retenue par la RAMQ est du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril.*

*Voir le paragraphe 2.4.7.6 du [préambule général](#) du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte et les [calendriers des jours fériés](#).*

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL  
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES



## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

**AVIS** : Consulter les [tableaux synthèses](#) des codes de facturation et des tarifs de l'onglet B – Consultations, examens et visites.

**AVIS** : Voir le [préambule général](#).

*Les numéros des règles s'appliquant aux services facturés sont indiqués en référence 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 27,25  
 NOTE : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique.

**En cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement**

**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 et en GMF-U en établissement, les actes ci-dessous sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte.*

**AVIS** : *Seules les visites suivantes peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général :*

- Visite ponctuelle mineure;
- Visite ponctuelle complexe;
- Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion;
- Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion;
- Visite à domicile du patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs.

*Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence sont également permis durant une période de garde en disponibilité.*

**AVIS** : *Pour la visite à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en GMF-U :*

- utiliser l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**, excepté pour les visites dont le patient est en perte sévère d'autonomie et dont le libellé en fait déjà mention (codes de facturation **15781** à **15784**);
- inscrire le numéro de cabinet, le code de localité ou le numéro du lieu habituel de pratique.

**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 85,75  
 En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 64,50

**15802** Clientèle inscrite de 500 patients ou plus  
 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 99,40  
 En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 74,75

**Visite de suivi**

<b>15803</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	42,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	32,25
<b>15804</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	49,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	36,95

*Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)*

**AVIS :** *Pour les dates de service égales ou ultérieures au 7 juillet 2017, pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date des dernières menstruations. Pour les dates de service antérieures au 7 juillet 2017, inscrire la date prévue d'accouchement.*

**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 :** *S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

<b>15805</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	132,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	99,90
<b>15806</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	151,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	113,65

**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**

<b>15807</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	85,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	64,50
<b>15808</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	73,55

**Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre**

**AVIS :** *S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

<b>15809</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	85,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	64,50
<b>15810</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	73,55

**Visite de suivi de grossesse**

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
 Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans)

<b>15811</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	50,20
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	37,75
<b>15812</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	42,85

*Prise en charge et suivi pédiatrique*

**Visite périodique pédiatrique**

<b>15813</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	66,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	50,30
<b>15814</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	75,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	57,00

**Patient vulnérable inscrit**

**Visite de prise en charge**

<b>15821</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65
<b>15822</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	110,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	82,90

**Visite périodique**

<b>15819</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65
<b>15820</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80

**Visite de suivi**

<b>15823</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	53,50
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	40,50
<b>15824</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	59,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	45,20

*Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)*

**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.*

**AVIS** : *Pour les dates de service égales ou ultérieures au 7 juillet 2017, pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date des dernières menstruations. Pour les dates de service antérieures au 7 juillet 2017, inscrire la date prévue d'accouchement.*

**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** : *S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

<b>15825</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	143,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	108,05
<b>15826</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	161,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	121,85

**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**

<b>15827</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65
<b>15828</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	108,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	81,75

**Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre**

**AVIS** : *S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

<b>15829</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65
<b>15830</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	108,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	81,75

**Visite de suivi de grossesse**

<b>15831</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	60,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	45,95

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus)

<b>15832</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	67,60
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	51,10

*Prise en charge et suivi pédiatrique*

**Visite périodique pédiatrique**

<b>15833</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	77,55
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	58,55
<b>15834</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	86,45
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	65,20

**Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus)**

**Patient non vulnérable inscrit**

**Visite de prise en charge**

<b>15815</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	101,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	76,55
<b>15816</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	118,50
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	89,15

**Visite de suivi**

<b>15817</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	50,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	38,15
<b>15818</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,25
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	43,80

**Patient vulnérable inscrit**

**Visite de prise en charge**

<b>15835</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80
<b>15836</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	129,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	97,30

**Visite périodique**

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)

<b>15839</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80
<b>15840</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	129,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	97,30
<b>Visite de suivi</b>		
<b>15837</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	61,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	46,30
<b>15838</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	68,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	51,95

## 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

<b>15765</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	20,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	15,30
<b>15766</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	23,55
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	17,70

#### Visite ponctuelle complexe

<b>15773</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	40,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	30,65
<b>15774</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	47,05
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	35,40

### Patient vulnérable

**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.*

#### Visite ponctuelle mineure

## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)

<b>15767</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	31,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	23,55
<b>15768</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	34,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	25,90
<b>Visite ponctuelle complexe</b>		
<b>15775</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	51,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	38,85
<b>15776</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	43,65

## 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

<b>15769</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	24,25
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	18,25
<b>15770</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	28,05
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	21,05

#### Visite ponctuelle complexe

<b>15777</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	48,50
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	36,45
<b>15778</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	56,05
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	42,15

### Patient vulnérable

**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.*

#### Visite ponctuelle mineure

<b>15771</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	34,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	26,45
<b>15772</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	38,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	29,30
<b>Visite ponctuelle complexe</b>		
<b>15779</b>	Clientèle inscrite de moins de 500 patients En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	59,10
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	44,65
<b>15780</b>	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	66,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	50,35

## Visites à domicile

### Patient non vulnérable

#### Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

<b>15781</b>	Premier patient	133,25
<b>15782</b>	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	102,55

### Patient vulnérable

#### Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

<b>15783</b>	Premier patient	143,85
<b>15784</b>	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	113,15

**AVIS :** Les codes de facturation **15781, 15782, 15783 et 15784** pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile.**

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient.**

**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)

### Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint en santé mentale

## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)

<b>08819</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	99,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	74,75

**AVIS** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

### Visite de suivi conjoint en santé mentale

<b>08848</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	73,20
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	55,05

### Visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique

<b>08775</b>	En cabinet	99,40
	En CLSC	74,75

### Visite de suivi d'un problème musculo-squelettique

<b>08776</b>	En cabinet	49,15
	En CLSC	36,95

### Visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion

<b>08777</b>	En cabinet	99,40
	En CLSC	74,75

## 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

<b>15789</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	40,60
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	40,60

**AVIS** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

### Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

<b>15790</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	63,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	63,00

**AVIS** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

**AVIS** : Pour une communication pour une personne assurée, inscrire :

- son numéro d'assurance maladie;
- le code de facturation approprié;
- le numéro du lieu où la communication a été effectuée.

Utiliser une ligne de facture par communication. Si plusieurs communications sont effectuées le même jour pour la même personne assurée, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.

## Communications

### Communication avec un médecin spécialiste

<b>15841</b>	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00
	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
<b>15842</b>	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00
<b>15843</b>	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00

**AVIS :** Pour les codes de facturation **15841**, **15842** et **15843**, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession.

### Communication avec d'autres professionnels de la santé

<b>15844</b>	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75
<b>15845</b>	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75
<b>15846</b>	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75

**AVIS :** Pour les codes de facturation **15844**, **15845** et **15846**, indiquer le numéro du professionnel avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession.  
Pour les infirmières autres que les IPSPL, les inhalothérapeutes, les diététiciennes et les diététiciens, indiquer le type de profession Autres.

## Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement

(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 ou en GMF-U en établissement.

<b>15847</b>	période de 7 h à 16 h en cabinet	52,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	39,35
<b>15848</b>	période de 16 h à 24 h en cabinet	78,45
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	59,00
<b>15849</b>	période de 0 h à 7 h en cabinet	104,60
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	78,65

**AVIS :** Pour les codes de facturation **15847**, **15848** et **15849**, voir le paragraphe 2.2.6 A 16) du [préambule général](#).

## Psychothérapie (individuelle)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

### Psychothérapie individuelle

	première période de trente (30) minutes	
<b>15785</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	59,70 49,75
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>15786</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	29,85 24,87

## Psychothérapie (collective)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

### Psychothérapie collective

	première période de trente (30) minutes	
<b>15787</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	59,70 49,75
	<b>AVIS :</b> Voir la section Traitement collectif du <a href="#">Guide de facturation - Rémunération à l'acte</a> .	
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>15788</b>	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	29,85 24,87
	<b>AVIS :</b> Utiliser une seule ligne de facture et inscrire la durée de la thérapie. Voir la section Traitement collectif du <a href="#">Guide de facturation - Rémunération à l'acte</a> .	

## CONSULTATION (patients de moins de 70 ans)

(réf. : préambule général, règle 2.1, 2.2.9 A et 2.2.9 B)

<b>00061</b>	mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	41,85
<b>15656</b>	mineure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	<b>AVIS :</b> À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.	

<b>00060</b>	ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	61,40
<b>15657</b>	ordinaire d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	<i><b>AVIS</b> : À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.</i>	
<b>00062</b>	majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	85,35
<b>15658</b>	majeure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	<i><b>AVIS</b> : À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.</i>	
<b>08800</b>	psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,95
<b>08802</b>	psychiatrique ordinaire d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	122,00
<b>08803</b>	psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	85,40
<b>08805</b>	psychiatrique majeure d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	113,75
	<i><b>AVIS</b> : En CLSC ou en GMF-U, 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 le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en GMF-U durant une période de garde en disponibilité.</i>	

## 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)

<b>09092</b>	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	28,10
<b>15192</b>	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	75,45

***AVIS** : Ce service est permis seulement en centre hospitalier.*

***AVIS** : En CLSC ou en GMF-U, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte.  
Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le 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 GMF-U durant une période de garde en disponibilité.*

<b>15159</b>	supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse en cabinet ( <b>voir le paragraphe 7.02 A) de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</b> ) en CLSC et en GMF-U en établissement (1)	47,40 35,60
<b>15144</b>	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse en cabinet ( <b>voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</b> )	11,40
<b>15145</b>	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse ( <i>voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i> ) en CLSC et en GMF-U en établissement	8,95
<b>08877</b>	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans en cabinet ( <i>voir le paragraphe 8.01, de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i> ) en CLSC et en GMF-U en établissement	17,05 13,35
<b>15762</b>	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	89,25
	<p><b><u>AVIS</u></b> : <i>Ce service 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 de ces annexes. Pour la rémunération à l'acte, voir les listes des installations et des établissements désignés à l'annexe 1 de l'annexe XXII relativement aux paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E. Pour la rémunération mixte, voir les listes des installations désignées à l'annexe III de l'annexe XXIII relatives aux sections C-1 et D-1.</i></p> <p><i>Les listes des installations et des établissements désignés sont disponibles à la rubrique <a href="#">Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord)</a>.</i></p> <p><b>Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe (patients de moins de 70 ans)</b></p>	
<b>15158</b>	Forfait de congé en établissement d'un patient admis ( <i>voir le paragraphe 9.00 C) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i> )	35,55
	<p><b><u>AVIS</u></b> : <i>Ce forfait peut être facturé uniquement lors du transfert d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.</i></p>	
<b>00059</b>	Examen de prise en charge de grossesse en clinique externe, patient inscrit ( <i>voir le paragraphe 7.01 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i> ) (2)	66,70

**AVIS :** Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et est soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du préambule général.

<b>15159</b>	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'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)	35,60
<b>15145</b>	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (voir l'article 7.02 B) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)	8,95
	ordinaire	
	patient inscrit (2)	
<b>00005</b>	sans déplacement	14,55
<b>00006</b>	d'urgence avec déplacement	73,80
	complet	
	patient inscrit (2)	
<b>00056</b>	sans déplacement	30,65
<b>00057</b>	d'urgence avec déplacement	73,80
	psychiatrique complet	
	patient admis (2)	
<b>08903</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	48,80
<b>08806</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	76,25
	patient inscrit (2)	
<b>08807</b>	sans déplacement	35,85
<b>08808</b>	d'urgence avec déplacement	86,25
	complet majeur	
	patient inscrit (2)	
<b>00097</b>	sans déplacement	55,50
<b>00098</b>	d'urgence avec déplacement	73,80
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis (2)	
<b>08904</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	84,10
<b>08907</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	107,00
	patient inscrit (2)	
<b>08809</b>	sans déplacement	64,80
<b>08810</b>	d'urgence avec déplacement	86,25
	<b>(2) Pour les actes de 00059 à 08810 : S'applique dans une clinique externe</b>	
	<b>Patient inscrit : S'applique en clinique externe d'un CH</b>	
	<b>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)</b>	
<b>08811</b>	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	36,80
<b>08812</b>	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	65,15
<b>09248</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	79,15

## 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)

<b>09231</b>	mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	44,95
<b>15659</b>	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	<b>AVIS</b> : À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.	
<b>09234</b>	ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	66,50
<b>15660</b>	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	<b>AVIS</b> : À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.	
<b>09237</b>	majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	91,15
<b>15661</b>	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	<b>AVIS</b> : À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.	
<b>08813</b>	psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	66,45
<b>08815</b>	d'urgence avec déplacement en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	139,60
<b>08926</b>	psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	90,75
<b>08928</b>	d'urgence avec déplacement en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	121,90
	<b>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)</b>	
	<b>AVIS</b> : Utiliser le code de facturation correspondant à l'âge du patient.	
<b>09093</b>	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	28,15
<b>15193</b>	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	80,60
	<b>AVIS</b> : Ce service est permis seulement en centre hospitalier.	

**AVIS :** *En CLSC ou en GMF-U, 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 le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.  
Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en GMF-U durant une période de garde en disponibilité.*

**(1)** Pour les actes de 09034 à 09240 : Dans un CLSC, s'applique dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout autre CLSC et en GMF-U en établissement. (voir la page B-1X ainsi que la règle 2.2.6 C du préambule général - Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.)

**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

89,25

**AVIS :** *Ce service 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 de ces annexes.  
Pour la rémunération à l'acte, voir les listes des installations et des établissements désignés à l'annexe 1 de l'annexe XXII relativement aux paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E.  
Pour la rémunération mixte, voir les listes des installations désignées à l'annexe III de l'annexe XXIII relatives aux sections C-1 et D-1.  
Les listes des installations et des établissements désignés sont disponibles à la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord\)](#).*

**Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe (patients de 70 ans et plus)**

**AVIS :** *Utiliser le code de facturation correspondant à l'âge du patient.*

**15158** forfait de congé en établissement d'un patient admis (voir le paragraphe 9.00 C) de l'E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle)

35,55

**AVIS :** *Ce service 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

17,70

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)

<b>08883</b>	ordinaire 80 ans ou plus d'urgence avec déplacement	18,50
<b>08884</b>	ordinaire 70-79 ans	85,75
<b>08885</b>	ordinaire 80 ans ou plus complet patient inscrit (2)	89,60
<b>09116</b>	sans déplacement	32,45
<b>09117</b>	d'urgence avec déplacement complet majeur patient inscrit (clinique externe) (2)	85,75
<b>09119</b>	sans déplacement	59,35
<b>09120</b>	d'urgence avec déplacement psychiatrique complet patient admis	85,75
<b>08969</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	51,90
<b>08979</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A) patient inscrit (2)	84,30
<b>08992</b>	sans déplacement	37,90
<b>08993</b>	d'urgence avec déplacement psychiatrique complet majeur patient admis	88,75
<b>08994</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	89,55
<b>08995</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A) patient inscrit (2)	117,05
<b>08996</b>	sans déplacement	66,70
<b>08997</b>	d'urgence avec déplacement	88,75

**(2)** Pour les actes de 08882 à 08997 : S'applique dans une clinique externe

**Patient inscrit:** S'applique en clinique externe ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence d'un CH et du CLSC ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré (voir la règle 2.2.6 C Examens et intervention au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré, du préambule général).

### 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 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 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.*

<b>15637</b>	Supplément à l'examen ou à l'intervention pour le patient admis effectué par le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence	7,40
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Pour le patient admis en attente d'être transféré dans une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux services et aux tarifs du patient inscrit à l'urgence. Inscrire la date d'admission sur la facture.</i>	
	patient inscrit	
	examen ordinaire sans déplacement	
<b>15052</b>	patient de moins de 70 ans	17,60
<b>15053</b>	de 70 - 79 ans	22,65
<b>15054</b>	de 80 ans ou plus	23,70
	d'urgence avec déplacement	
<b>15055</b>	patient de moins de 70 ans	77,60
<b>15056</b>	de 70 - 79 ans	96,35
<b>15057</b>	de 80 ans ou plus	100,45
	examen principal	
	sans déplacement	
<b>15058</b>	patient de moins de 70 ans	35,05
<b>15059</b>	de 70 - 79 ans	56,15
<b>15060</b>	de 80 ans ou plus	58,70
	avec déplacement	
<b>15061</b>	patient de moins de 70 ans	77,60
<b>15062</b>	de 70 - 79 ans	96,35
<b>15063</b>	de 80 ans ou plus	100,45
	intervention en situation complexe (P.G. 2.2.6 C, point 3)	
	<b><i>patient de moins de 70 ans</i></b>	
<b>15064</b>	première période de trente (30) minutes	112,95
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	28,55
	<b><i>patient de 70 ans et plus</i></b>	
<b>15068</b>	première période trente (30) minutes	112,95
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	28,55

## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

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)

**AVIS** : Pour les codes de facturation **15064** ou **15068**, inscrire l'heure de début du service et la durée de l'intervention.

Lorsque les services ne sont pas rendus de façon continue dans le temps, utiliser une seule ligne et inscrire l'heure de début de la première intervention.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence**.

	examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
<b>15066</b>	de moins de 70 ans	42,55
<b>15067</b>	70 ans et plus	60,00
	avec déplacement	
<b>15069</b>	de moins de 70 ans	90,75
<b>15070</b>	70 et plus	98,55
	orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie	
<b>15263</b>	démarches entreprises pendant un transport ambulancier menant à l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie	73,75

**AVIS** : Ce service est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.

Voir le paragraphe 2.2.6 C 5) du préambule général.

	support médical à distance	
	support médical à distance des services préhospitaliers d'urgence	
<b>15259</b>	forfait par quart de garde, maximum 3 par jour par service d'urgence désigné	33,35

**AVIS** : Ce service est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.

Voir le paragraphe 2.2.6 C 7) du préambule général.

**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)

<b>08998</b>	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	36,80
<b>08999</b>	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	67,30
<b>09245</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	86,95

Examen du personnel d'un établissement

<b>00020</b>	ordinaire	14,60
<b>00023</b>	complet	29,35
<b>00026</b>	complet majeur	53,45

### Examen d'évaluation médicale (réf. : P.G. 2.2.6)

<b>09100</b>	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	163,50
<b>09063</b>	supplément lorsqu'effectué à domicile	28,15
<b>09101</b>	rédaction du formulaire	35,95

### Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (réf. :P.G. 2.2.7)

<b>09067</b>	examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	319,90
<b>15967</b>	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	355,10
<b>15160</b>	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)	135,20
	NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.	
<b>09069</b>	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)	50,50

**AVIS :** Indiquer la durée additionnelle de la séance.

NOTE : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070.

### Forfait de déplacement (assaut sexuel) (réf. : préambule général, règle 2.2.7 A)

#### (Déplacement du professionnel vers l'établissement)

<b>19080</b>	pour un déplacement entre 8 h et 18 h	174,90
<b>19081</b>	pour un déplacement entre 18 h et 24 h	244,65
<b>19082</b>	pour un déplacement entre 0 h et 8 h	351,30

**AVIS** : Pour le forfait de déplacement (codes de facturation **19080, 19081** ou **19082**), il est **obligatoire** que le médecin se déplace vers un établissement, donc de **ne pas être déjà présent dans l'établissement où il est demandé**. Ce forfait est majorable en vertu des annexes XII et XII-A. Utiliser la facture de services médicaux et y inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui requiert l'examen.

## 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° 20 - Brochure n° 1**)

	Mauvais traitements et tarification applicable.	
<b>09070</b>	Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (P.G. 2.2.9 A)	116,10
<b>09073</b>	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)	46,25
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée additionnelle de la séance.	
	Présence du médecin et tarification applicable.	
<b>09077</b>	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	137,50
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée de présence au tribunal.	
	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.	

## Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner

(réf. : **préambule général, règle 2.2.8**)

<b>09054</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	61,65
<b>09055</b>	avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	103,40

NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 09054 et 09055.

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

**AVIS** : Le remboursement des frais de déplacement est permis lorsque les conditions de la règle 2.4.2 du préambule général sont remplies.

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)

**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.

<b>15158</b>	Forfait de congé en établissement d'un patient admis	35,55
<b>Niveau A</b>		
<b>15638</b>	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	87,20
<b>15639</b>	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	57,25
<b>15640</b>	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	29,45
<b>15641</b>	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	72,45
<b>15642</b>	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	87,20
<b>15643</b>	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.		
Supplément pour déplacement d'urgence		
<b>15644</b>	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	27,25
<b>15645</b>	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	38,20
<b>15646</b>	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	54,50
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>15644</b> , <b>15645</b> et <b>15646</b> , voir le paragraphe 2.2.6 D 6) du préambule général.		
<b>Niveau B</b>		
<b>15647</b>	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	100,90
<b>15667</b>	lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géro-psycho-geriatrie d'un CHSP désigné par le comité paritaire	168,20
<b><u>AVIS</u></b> : Les CHSP désignés sont :		
- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888)		
- CIUSSS de la Capitale-Nationale;		
- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;		
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) CISSS de l'Outaouais.		
Annuellement, l'établissement responsable doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins qui exercent régulièrement dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie.		
<b>15648</b>	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	66,20
<b>15649</b>	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	34,00
<b>15650</b>	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	83,80

## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

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))

<b>15651</b>	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	100,90
<b>15668</b>	lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un CHSP désigné par le comité paritaire	168,20
<b><u>AVIS</u></b> : Les CHSP désignés sont :		
- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;		
- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;		
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) CISSS de l'Outaouais.		
Annuellement, l'établissement responsable doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins qui exercent régulièrement dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie.		
<b>15652</b>	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.		
Supplément pour déplacement d'urgence		
<b>15653</b>	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
<b>15654</b>	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
<b>15655</b>	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>15653</b> , <b>15654</b> et <b>15655</b> , voir le paragraphe 2.2.6 D 6) 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))

<b>15615</b>	Évaluation médicale globale en soins de longue durée (P.G. 2.2.9 A)	86,90
<b>15616</b>	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	21,70
<b>15617</b>	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	43,40
<b>15618</b>	Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
<b>15619</b>	Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	85,15
<b>15620</b>	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.		

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 court

<b>15621</b>	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)	24,87
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer la durée de l'échange. Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.</i>	
<b>15622</b>	Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement	16,55
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer l'heure de début du service. Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.</i>	
	Supplément pour déplacement d'urgence	
<b>15623</b>	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
<b>15624</b>	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
<b>15625</b>	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00
	<i><b>AVIS</b> : Pour les codes de facturation <b>15623</b>, <b>15624</b> et <b>15625</b>, voir le sous-paragraphe 9 du paragraphe 2.2.6 E du préambule général.</i>	

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.*

<b>15626</b>	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	84,30
<b>15627</b>	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	21,70
<b>15628</b>	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	43,40
<b>15629</b>	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	55,25
<b>15630</b>	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	84,30
<b>15631</b>	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.</i>	
<b>15632</b>	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)	24,87
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer la durée de l'échange. Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis</i>	

Supplément pour déplacement d'urgence

## B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

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)

<b>15633</b>	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
<b>15634</b>	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
<b>15635</b>	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

**AVIS** : Pour les codes de facturation **15633**, **15634** et **15635**, voir le paragraphe 2.2.6 F 8) 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 l'acte codifié **08953**, inscrire la date d'admission en établissement.

<b>08923</b>	Visite de prise en charge psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	139,30
<b>08933</b>	Visite de suivi psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	40,60
<b>08913</b>	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (P.G.2.2.9 A)	73,55
<b>08942</b>	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	32,90
<b>08943</b>	Visite de transfert psychiatrique (P.G. 2.2.9. A)	126,10
<b>08948</b>	Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	139,30

**AVIS** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

<b>08953</b>	Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (P.G. 2.2.9 A)	24,87
--------------	---	-------

**AVIS** : Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence

<b>08966</b>	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
<b>08967</b>	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
<b>08968</b>	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

**AVIS** : Pour les codes de facturation **08966**, **08967** et **08968**, voir le paragraphe 2.2.6 G 7) du préambule général.

## Intervention clinique (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.2.6 B)

<b>08857</b>	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	49,75
<b>08858</b>	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	49,75
	<b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08857</b> et <b>08858</b> , inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention.	
<b>08859</b>	Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>08860</b>	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	<b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08859</b> et <b>08860</b> , inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.	
	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes	
<b>08866</b>	En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	49,75
<b>08867</b>	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes, En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	49,75
	<b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08866</b> et <b>08867</b> , inscrire : - le numéro d'assurance maladie de chaque personne; - l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention.	
	Intervention clinique collective, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>08868</b>	En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	Intervention clinique collective, période supplémentaire de quinze (15) minutes	

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
Intervention clinique (individuelle ou collective)

<b>08869</b>	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	<i><b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08868</b> et <b>08869</b>, inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.</i>	
	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes	
<b>08841</b>	En cabinet En CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	90,00 75,00
	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes	
<b>08842</b>	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	75,00
	<i><b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08841</b> et <b>08842</b>, inscrire : - le numéro d'assurance maladie de chaque personne; - l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention.</i>	
	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>08843</b>	En cabinet En CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	45,00 37,50
	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<b>08844</b>	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	37,50
	<i><b>AVIS :</b> Pour les codes de facturation <b>08843</b> et <b>08844</b>, inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.</i>	
	Supplément pour le déplacement à domicile de dix (10) kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour dans le cadre d'une intervention clinique individuelle ou collective	
<b>08861</b>	Depuis un cabinet ou un autre domicile Depuis un CLSC ou un GMF-U en établissement	29,85 24,87
	<i><b>AVIS :</b> Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres. Utiliser : - une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour; - une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.</i>	

	Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de téléconsultation, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour	
<b>08876</b>	Depuis un cabinet	29,85
	Depuis un CLSC ou un GMF-U en établissement	24,87
	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres.</i>	
	<i>Utiliser :</i>	
	<i>- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;</i>	
	<i>- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.</i>	

## Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

(réf. préambule général, règle 2.2.6 B-1)

<b>15880</b>	forfait pour la première période de quinze (15) minutes	43,60
<b>15881</b>	forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires	43,60

**AVIS :** *Inscrire la durée d'intervention supplémentaire.*

<b>15882</b>	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	43,60
--------------	--	-------

**AVIS :** *Pour un déplacement de plus de 10 kilomètres, inscrire la durée du déplacement.*

**AVIS :** *En cas de dépassement du maximum de 6 périodes pour l'aller-retour, utiliser l'élément de contexte **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir.***

## 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	
<b>15883</b>	forfait pour la première période de quinze (15) minutes	43,60
<b>15884</b>	forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires	43,60

**AVIS :** *Inscrire la durée supplémentaire de l'activité.*

*Les codes de facturation **15883** et **15884** doivent être facturés lors du retour de la trousse.*

## Psychothérapie (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir

<b>08862</b>	Psychothérapie individuelle, première période de trente (30) minutes En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	49,75
<b>08863</b>	Psychothérapie individuelle, par période de quinze (15) minutes supplémentaires En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	24,87
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée supplémentaire de la thérapie.	
<b>08864</b>	Psychothérapie collective, première période de trente (30) minutes En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	49,75
	<b><u>AVIS</u></b> : Incrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.	
<b>08865</b>	Psychothérapie collective, par période de quinze (15) minutes supplémentaires En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	24,87
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la durée supplémentaire de la thérapie.	

## 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.

<b>15885</b>	.....	156,90 \$
	-Formulaire et démarches afférentes (parties 1, 2 et 3) (médecin accompagnateur). Demande du patient finalisée.	
<b>15886</b>	.....	261,50 \$
	Rapport de consultation (avis du second médecin)	
<b>15887</b>	.....	52,30 \$

**AVIS** : Incrire le numéro du médecin accompagnateur ou son prénom, son nom et sa profession.

## Formulaire relatif à la sédation palliative continue

(réf. préambule général, règle 2.4.05)

-Formulaire d'Avis de sédation palliative continue

<b>15888</b>	.....	104,60 \$
--------------	-------	-----------

## Constatation de décès

(réf. : préambule général, règle 2.4.1)

<b>00013</b>	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	23,35
<b>00014</b>	avec déplacement entre 7 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	58,35
<b>15234</b>	avec déplacement de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	116,55
<b>15264</b>	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès (P.G. 2.2.9 A)	25,00

15889	évaluation à distance du décès hors d'un centre désigné d'un patient hébergé en CHSLD (P.G. 2.2.9 A)	25,00
15890	évaluation à distance du décès hors d'un centre désigné d'un patient décédé à domicile et inscrit au programme de soins à domicile du CLSC	25,00
15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) (P.G. 2.2.9 A)	19,80

## Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

	2 <sup>e</sup> constat de décès	
00016	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	23,35
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h (P.G. 2.2.9 A)	58,35
15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h (P.G. 2.2.9 A)	116,55

**AVIS :** *Si un examen est fait lors d'une séance différente de la constatation de décès, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.*

*Les deux médecins qui constatent le décès d'un donneur facturent leurs services avec les codes :*

*- 00013, 00014, 15234 ou 15264;*

*- 00016, 00018 ou 15266.*

*Conformément à l'article 45 du Code civil du Québec, 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	47,05
-------	--	-------

## Frais de kilométrage (réf. : préambule général, règle 2.4.2)

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

au-delà de soixante (60) kilomètres

0,91

C.S.

**AVIS :** *Pour connaître le taux applicable par kilomètre pour l'aller et pour le retour, voir la section [Taux en vigueur](#) de la rubrique Frais de déplacement.*

## Surveillance

*(réf. : préambule général, règle 2.4.8)*

00080	première demi-heure : non rémunérée	
-------	-------------------------------------	--

par quart d'heure supplémentaire 23,10

**AVIS :** *Inscrire la durée de la surveillance.*

## Transfert ambulancier

**(réf. : préambule général, règle 2.4.9)**

<b>09087</b>	première demi-heure	51,30
<b>09246</b>	par quart d'heure supplémentaire	25,65

**AVIS :** *Indiquer la durée additionnelle de déplacement, laquelle doit correspondre au temps consacré à l'**aller seulement** (lors du calcul, la RAMQ doublera les honoraires).*

*Lorsque le transfert est effectué entre 0 h et 8 h, indiquer l'heure de début du transfert de façon à permettre la comptabilisation des heures prévues aux dispositions de l'[annexe XXI](#) (paragraphes 1.05 a) et f)).*

*Lorsque le transport se fait à partir du cabinet ou du domicile, le médecin doit verser au dossier du patient les notes explicatives à cet effet et les fournir à la demande de la RAMQ (paragr. 2.4.9.2 du préambule général).*

**AVIS :** *Pour le lieu de dispensation, indiquer :*  
*- le code de localité, le code postal, ou le numéro de l'établissement ou de l'installation où se trouve le patient avant le transfert ambulancier;*  
*- s'il y a lieu, le secteur d'activité où il se trouve avant d'être transféré.*  
*Pour le lieu en référence, indiquer :*  
*- la situation **Lieu du transfert du patient**;*  
*- l'établissement d'arrivée ou, s'il y a lieu, le code de localité, ou le code postal de l'aéroport ou de toute autre gare d'embarquement.*

### Forfait de déplacement

**(réf. : préambule général, règle 2.4.9.3)**

Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier

<b>19047</b>	pour un déplacement entre 8 h et 18 h	176,90
<b>19048</b>	pour un déplacement entre 18 h et 24 h	247,60
<b>19049</b>	pour un déplacement entre 0 h et 8 h	353,75

**Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3)**  
**(réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)**

**AVIS** : Pour avoir droit à un forfait de déplacement (codes de facturation **19047, 19048** ou **19049**), le médecin ne doit pas être présent dans l'établissement où il est demandé.

Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne transférée;
- l'heure de départ pour l'établissement;
- le numéro de l'établissement qui requiert le déplacement.

Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné à l'[EP 6 – Garde dans CLSC](#) est autorisé.

Ce forfait est majorable selon les annexes XII et XII-A.

Voir la [liste des CLSC désignés à l'annexe I de l'EP 6 – Garde dans CLSC](#).

## Conseil génétique ou génique

(*réf.: préambule général, règle 2.7*)

dans un établissement désigné par accord des parties

**AVIS** : Voir l'[Accord n° 126](#).

<b>09056</b>	individuel par période de trente (30) minutes maximum de trois (3) heures	56,40
	<b>AVIS</b> : Inscrire la durée de l'évaluation.	
<b>09057</b>	collectif (couple) par période de trente (30) minutes jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne	56,40
	<b>AVIS</b> : Inscrire: - la durée de l'évaluation; - le numéro d'assurance maladie de chaque personne.	
	Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif	
<b>09058</b>	individuel par demi-heure <b>jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne</b>	56,40
	<b>AVIS</b> : Inscrire la durée de la rencontre.	
<b>09059</b>	collectif (couple) par demi-heure <b>jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne</b>	56,40

**AVIS** : *Inscrire:*

- la durée de la rencontre;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

## Éthique clinique

**(réf. : préambule général, règle 2.10)**

<b>00017</b>	Consultation en éthique clinique	82,55
<b>00019</b>	Consultation en éthique clinique (70 ans et plus)	88,60

**AVIS** : *Voir la règle 2.1 du [préambule général](#) et l'[Accord n° 172](#).*

Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique.

**AVIS** : *Pour les codes de facturation **08906** et **08909**, indiquer la durée de la rencontre.*

<b>08906</b>	Individuelle <b>par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne</b>	41,25
<b>08909</b>	Collective <b>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</b>	40,85

### Interruption volontaire de grossesse par médicament

**AVIS** : *Pour les codes de facturation de la section Interruption volontaire de grossesse par médicament, indiquer la date des dernières menstruations.*

Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant la visite, la thérapie médicale et le counseling

<b>15313</b>	cabinet	139,50 \$
<b>15407</b>	supplément compensatoire à l'évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine (code 15313) lorsqu'effectuée en cabinet	20,00 \$
<b>15314</b>	établissement	104,60 \$

NOTE : Le code 15313 ou le code 15314 inclut les différentes visites liées à l'évaluation globale si l'examen d'ultrasonographie est réalisé par un autre médecin.

Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament

<b>15315</b>	cabinet	38,15 \$
<b>15316</b>	établissement	13,10 \$

NOTE : Le code 15315 ou le code 15316 ne peut être facturé avec une autre visite, thérapie médicale ou counseling, sauf le code 15313 ou le code 15314 lorsqu'effectués par le même médecin et à la même séance.

Visite subséquente pour confirmation de l'interruption de la grossesse par médicament	
<b>15317</b> cabinet	39,25 \$
<b>15408</b> supplément compensatoire à la visite subséquente pour confirmation de l'interruption de la grossesse par médicament (code 15317) lorsqu'effectuée en cabinet	1,50 \$
<b>15318</b> établissement	29,45 \$
Examen d'ultrasonographie requis à cette fin, supplément	
<b>15319</b> cabinet	33,80 \$
<b>15320</b> établissement	8,75 \$

NOTE : Maximum d'une visite subséquente, par patiente, par interruption volontaire de grossesse par médicament.

NOTE : Le code 15317 ou le code 15318 peut être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse.

NOTE : Le code 15319 ou le code 15320 doit être facturé à la même séance et par le même médecin que le code 15317 ou le code 15318.

NOTE : Le code 15315 ou le code 15319 et qui sont relatifs à l'examen d'ultrasonographie requis ne peut être facturé avec le code 15313 ou le code 15317 lorsqu'effectué dans un ou l'autre des cabinets suivants : 55433 Clinique Morgentaler – 55363 Clinique médicale Femina – 55390 Clinique médicale de l'Alternative – 56002 Centre de santé des femmes de Montréal – 55080 Clinique médicale l'Envolée.

**AVIS** : *La visite subséquente peut être facturée par le médecin qui a effectué l'évaluation initiale ou par le médecin qui a assuré le suivi à la suite de l'évaluation initiale.*

## RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

*(LETTRE D'ENTENTE n° 223)*

<b>98000</b> Évaluation – Garde préventive	145,70
<b>98001</b> Évaluation psychiatrique – Garde provisoire	192,30
<b>98002</b> Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde	192,30
<b>98003</b> Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement / hébergement	874,10
<b>98004</b> Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance	145,70
<b>98005</b> Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé	244,75
<b>98006</b> Évaluation psychiatrique – Responsabilité criminelle	728,45
<b>98007</b> Évaluation psychiatrique – Commission d'examen	483,75
<b>98008</b> Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales	483,75
<b>98009</b> Évaluation psychiatrique – Demandé par la curatelle publique	483,75
<b>98010</b> Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	483,75
<b>98011</b> Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	483,75
<b>98012</b> Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	139,90



B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES  
MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES  
VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

**RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI  
SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI  
SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES  
VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)**

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(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 22,50

### 2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

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

1. 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 22,00

**AVIS :** Indiquer la date de l'événement ou la date de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) à la section Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.

### 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 22,00

### 4. RAPPORT FINAL

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

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

- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

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

1. 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 **26,00**

#### **5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE**

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

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'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 **105,00**

#### **6. BILAN MÉDICAL**

##### **A) Nature du rapport**

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

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

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

<b>09907</b>	pour l'information verbale fournie	135,00
	<b>B) Considération en raison de la complexité</b>	
	Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.	
<b>09914</b>		30,00
<b>09915</b>		60,00
<b>09916</b>		90,00

**7. OPINION DU MÉDECIN AVANT LA CONSOLIDATION DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE**

**A) MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI**

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

<b>09908</b>	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	115,00
--------------	---	--------

**B) Approbation des mesures de réadaptation avant la consolidation de la lésion**

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission avec le médecin qui a charge, sous forme écrite ou téléphonique, expliquant la (ou les) mesure (s) de réadaptation proposée (s) pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle et requérant son opinion afin de déterminer si ces mesures s'inscrivent bien dans le plan de traitement du médecin pour son patient ou s'il existe des indications médicales dont il faut tenir compte.

<b>09922</b>		50,00
--------------	--	-------

**8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE**

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

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
 RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES  
 MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES  
 VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
 (ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

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 130,00

**9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ**

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

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

**09910** rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur 150,00

**10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**

**A) Médecin qui a charge**

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

**09944** examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 425,00

**09901** supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente 115,00

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

**AVIS :** *Le médecin doit être autorisé par la CNESST à facturer ce supplément.*

### 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 :

- 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.

<b>09978</b>	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	730,00
--------------	---	--------

supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente

<b>09902</b>		115,00
--------------	--	--------

NOTE : Le médecin membre du **Bureau d'évaluation médicale** (article 11) peut réclamer ce supplément, à l'exception d'un médecin du BEM en neurochirurgie lorsqu'il s'agit d'un cas de rachis.

- 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.

<b>09946</b>	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	890,00
--------------	--	--------

<b>09980</b>	supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente	115,00
--------------	---	--------

<b>09977</b>	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé NOTE : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.	100,00
--------------	---	--------

### C) Considération en raison de la complexité

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

<b>09947</b>		95,00
--------------	--	-------

<b>09948</b>		145,00
--------------	--	--------

<b>09949</b>		170,00
--------------	--	--------

### 11. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **10 Rapport d'évaluation médicale** (voir codes 09947, 09948 et 09949, article 10 C)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09939, 09936 et 09937.

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **16 Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 16 B)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour le service codé 09938.

**A) Avis écrit**

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 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'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

<b>09938</b>	avis donné au vu du dossier	400,00
<b>09939</b>	avis donné après examen du travailleur	730,00
<b>09977</b>	supplément lorsqu'effectué en cabinet privé NOTE : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.	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;

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

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

		585,00
<b>09936</b>	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun	
<b>09937</b>	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

## 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, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours avant la date du rendez-vous initial.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Le travailleur ne s'est pas présenté au rendez-vous fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission.**

## 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, 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 médecin, durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

<b>09919</b>	supplément pour la production des tests audiologiques en cabinet privé	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*.

<b>09970</b>	rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	70,00
--------------	---	-------

**AVIS** : *Inscrire comme date d'événement la date à laquelle le formulaire visant le retrait préventif est rempli.*

*S'il y a lieu, inscrire le diagnostic de grossesse.*

## 15. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

### A) Assignation temporaire

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES  
MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES  
VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

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;

<b>09971</b>	<p>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</p>	70,00
--------------	---	-------

**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.

**AVIS :** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

<b>09942</b>	<p>étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin</p>	400,00
--------------	---	--------

**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.

<b>09911</b>		60,00
--------------	--	-------

<b>09912</b>		85,00
--------------	--	-------

<b>09913</b>		110,00
--------------	--	--------

**AVIS :** *Indiquer la date de l'accident, de l'événement de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) à la section Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.*

**17. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL**

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS  
(ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

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 :** *Pour facturer ce service, le médecin doit y être autorisé par les parties négociantes.*

*Inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli à la section Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.*

**18. AVIS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ OU LE MÉDECIN MEMBRE DU BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE**

NOTE : La correction demandée par la CNESST d'un rapport d'évaluation déjà rendu par un médecin désigné par la CNESST en vertu de l'article 10 B) ou d'un avis écrit rendu par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale en vertu de l'article 11, en raison d'une erreur ou d'une omission imputable à l'un ou l'autre de ces médecins ne constitue pas un avis supplémentaire et doit être exécutée sans rémunération additionnelle.

**A) Avis supplémentaire simple**

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 B) ou à un avis écrit en vertu de l'article 11 qu'il a déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire est soumise par la Commission dans les 60 jours de la signature du précédent rapport d'évaluation par le médecin désigné ou de cet avis par le médecin du BEM, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- 1. Transmission de rapports d'investigations supplémentaires à la suggestion du médecin désigné ou du membre du BEM, ou d'une consultation en milieu spécialisé (ex : scan, EMG);
- 2. Transmission de documents (maximum de 15 pages) pertinents pour la rédaction de l'avis, qui n'étaient pas inclus dans le dossier transmis par la CNESST, mais qui auraient dû l'être;

**09924** examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis 115,00

**B) Avis supplémentaire complexe**

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 B) ou à un avis écrit en vertu de l'article 11 déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire soumise par la Commission comporte plus de 15 pages de nouveaux documents pertinents pour la rédaction de l'avis supplémentaire ou que l'ajout ou la modification apportée par la Commission à la demande initiale soumise exige une relecture presque complète du dossier entier.

**09925** examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis 215,00

**19. CONSIDÉRATION DE TRÈS GRANDE COMPLEXITÉ**

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné, selon les critères établis par la Commission. Cette considération peut aussi être accordée dans certains dossiers par le directeur médical du Bureau d'évaluation médicale aux médecins de ce Bureau, selon ces mêmes critères.

**09931** 275,00

**20. RAPPORTS POUR LES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC)**

**A) Attestation médicale IVAC-CIVISME**

Il s'agit de l'attestation médicale comportant notamment le diagnostic, le siège de la blessure, les autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions, de même que les antécédents pertinents; s'il y a lieu arrêt de travail ou d'études et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la blessure d'une personne victime ou d'un sauveteur; cette attestation est remise par le médecin qui la complète à cette victime ou sauveteur.

**15795** pour la rédaction et remise sans délai à la victime, du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 22,50

**B) Rapport médical IVAC-CIVISME**

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin; ce rapport comporte notamment :

- 1. la date de l'acte criminel ou du sauvetage;
- 2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3. la période prévisible de consolidation de la blessure;
  
- 4. l'évolution de la blessure et l'évaluation des séquelles à prévoir

**15796** pour la rédaction et expédition immédiate à la Commission, du formulaire de rapport médical prescrit par la Commission 22,00

**C) Rapport final IVAC-CIVISME**

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, lorsque la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée; ce rapport comporte notamment les diagnostics finaux et renseignements complémentaires pertinents et il décrit les limitations fonctionnelles qui résultent de la blessure.

**15797** pour la rédaction et expédition à la Commission, dès que la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission 26,00

## 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<sup>o</sup> 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'édicte 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 » **20,00**  
prescrit par le Ministre

#### 2<sup>o</sup> 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 **20,00**  
fournie

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 1<sup>er</sup> octobre 1993. Ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 1<sup>er</sup> jour de octobre 1993.

## 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 ou qu'il 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 ou la présence/quantité d'une drogue dans un organisme;

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;

dans le cas d'un ordre donné en vertu de l'article 256, qu'à son avis, la personne concernée était incapable de donner son consentement au prélèvement de son sang à cause de son état physique ou psychologique résultant de l'absorption d'alcool ou de drogue, 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 **41,80**

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 1<sup>er</sup> septembre 1990.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 12<sup>e</sup> jour de juillet 1990.

## 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 **26,15**

**09826** - Remplir le formulaire intitulé « réévaluation médicale » ou son équivalent **26,15**

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 3<sup>e</sup> jour de juillet 1992.

**ANDRÉ BOURBEAU**

Ministre  
Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du  
Revenu

**CLÉMENT RICHER**

Président  
Fédération des médecins omnipraticiens du  
Québec

**SAM ELKAS**

Ministre  
Ministère de la Sécurité publique

**CLÉMENT RICHER**

Président  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE  
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA  
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

## 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)**.

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 counselling 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 counselling 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 ou en GMF-U en établissement. Elle nécessite généralement plus d'une visite. Toutefois, en CLSC ou en GMF-U en établissement, l'intervention préventive relative ITSS ne peut être réclamée avant le 1<sup>er</sup> novembre 2015.

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

**MARC-YVAN CÔTÉ**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**CLÉMENT RICHER**  
Président  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES  
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

**15230** Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes

en cabinet	30,80
en CLSC ou en GMF-U en établissement	24,87

NOTE : La durée de l'intervention ne comprend pas la durée de l'examen, le cas échéant.

**AVIS** : Indiquer la durée de l'intervention.

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES  
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES



## C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

AVIS : Selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## 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).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte **ADT multiple effectué à la même séance**.*

### **1.4** Sédation-analgésie

En dehors du contexte visé par le Préambule particulier d'anesthésie, le médecin qui effectue un acte diagnostique ou thérapeutique et qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (excluant le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un acte diagnostique ou thérapeutique désigné par les parties soit effectué, a droit à un supplément au tarif de l'acte de 28 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2018 et de 28,30 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Le médecin ne peut alors cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention (P.A.D.T. 1.4). Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

**AVIS** : *Utiliser le code de facturation **70099**.*

.

R = 1 R = 2

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

<b>00400</b> 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	5,10
Cuti-réaction (intradermo-réaction ou scarification)	
<b>00105</b> par test, chacun	2,00
maximum 2 fois par période de 12 mois	50,00
<b>00150</b> Scarification ou intradermoréaction aux venins d'insectes ou à un médicament	
par test, chacun	5,45
maximum semi-annuel	49,05
<b>00107</b> Transfert passif	47,75
<b>00106</b> Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation	49,05
Test par application (patch test)	
<b>00110</b> par test	1,60
maximum	40,00

**AVIS :** Pour les codes de facturation **00105**, **00150** et **00110**, inscrire le nombre de tests.

<b>00152</b> Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance	16,40
<b>00836</b> Test de provocation bronchique spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	150,35
<b>00815</b> Test de provocation bronchique à l'histamine ou méthacholine ou les deux incluant la participation professionnelle au procédé et l'interprétation	56,60
<b>00211</b> Test de provocation cutanée spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	66,75
<b>00367</b> Test de provocation orale spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	153,60
<b>00112</b> Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant trois (3) études rhinomanométriques) incluant surveillance	114,20
<b>00334</b> Désensibilisation aux médicaments incluant tous les soins, par jour	326,90
<b>00161</b> Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une (1) ou plusieurs injections par séance	14,90
<b>00778</b> Traitement immunologique de la leucémie lymphoblastique par scarification au B.C.G.	C.S. 2

## AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES

tonale		
<b>00160</b>	interprétation	3,35
<b>00180</b>	interprétation et technique de procédé	15,40
tonale et vocale		
<b>00156</b>	interprétation	5,55
<b>00747</b>	interprétation et technique de procédé	20,50
tests spéciaux		
<b>00157</b>	interprétation	3,35
<b>00748</b>	interprétation et technique de procédé	14,70
corticale		
<b>00158</b>	interprétation	14,55
<b>09423</b>	interprétation et technique de procédé (P.A.D.T. 1.4)	57,55
<b>00795</b>	Cochlée : mise en place d'électrodes transtympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	112,70
		5
<b>00779</b>	Évaluation auditive avec médicament (glycerol)	19,05
<b>00796</b>	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale	3,55
<b>00145</b>	Tronc cérébral (bilatéral) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	98,40
		5
Examens vestibulaires (bilatéral)		
<b>00755</b>	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard exécutés avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	19,05
<b>00841</b>	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	13,60
<b>00405</b>	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	19,80
<b>00759</b>	épreuves optocinétiques exécutées avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	19,05
<b>00198</b>	Tympanogramme (appareil automatique), uni ou bilatéral	4,05

## 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.

<b>00165</b>	anus (P.A.D.T. 1.4)	27,05	3
<b>00166</b>	aponévrose	61,30	3
<b>00167</b>	bouche	28,25	3
<b>00168</b>	bourse profonde	67,95	3
<b>00169</b>	bourse superficielle	31,70	3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
 BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple)

<b>00782</b>	bronche, par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	43,20	
<b>00171</b>	clitoris	29,60	3
<b>00172</b>	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,95	3
<b>00173</b>	conduit auditif externe	23,15	3
----	conjonctive		(voir ophtalmologie)
<b>00177</b>	endomètre (P.G. 2.4.7.7B) (P.A.D.T. 1.4)	20,35	3
<b>00179</b>	estomac (perorale)	22,25	3
<b>00181</b>	foie (à l'aiguille, percutanée) (P.A.D.T. 1.4)	52,30	3
<b>00183</b>	gaine tendineuse	53,40	3
<b>00184</b>	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (P.A.D.T. 1.4)	41,15	3
<b>00185</b>	gencives	16,20	3
<b>00186</b>	glande de Bartholin	15,00	3
<b>00187</b>	glandes salivaires	35,80	3
<b>00188</b>	grande lèvre	15,40	3
<b>09480</b>	greffon rénal, (à l'aiguille)	65,40	3
<b>00190</b>	intestin grêle (perorale)	53,40	2
<b>00192</b>	langue	23,70	3
----	larynx		(voir pneumologie)
<b>00194</b>	lèvre	17,45	3
<b>00195</b>	ligament	53,60	3
<b>00308</b>	masse cervicale (à aiguille) (P.A.D.T. 1.4) moelle osseuse (P.A.D.T. 1.4)	37,45	3
<b>00196</b>	aspiration seulement (P.A.D.T. 1.4)	21,70	2
<b>00197</b>	aspiration et interprétation (P.A.D.T. 1.4)	40,00	3
<b>00199</b>	Silverman (aiguille de...), technique seulement (P.A.D.T. 1.4)	21,70	3
<b>00202</b>	muscle	58,45	3
<b>00220</b>	nerf périphérique	71,10	3
<b>00203</b>	nez	27,05	3
<b>00204</b>	nez, tumeur endonasale	34,35	3
----	orbite		(voir ophtalmologie)
<b>00207</b>	oreille moyenne	21,45	3
----	os (à l'aiguille) osseuse ouverte		(voir musculo- squelettique)
----	os majeur		(voir musculo- squelettique)
----	os mineur		(voir musculo- squelettique)
<b>00213</b>	palais	26,15	3
----	paupières et sourcils		(voir ophtalmologie)
<b>00215</b>	peau et tissus sous-cutanés (P.A.D.T. 1.4)	24,55	3
<b>00221</b>	pharynx	24,65	3
<b>00222</b>	plèvre (à l'aiguille)	62,05	3
<b>00797</b>	plèvre ou poumon ou les deux, au trépan pneumatique	203,45	3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

<b>00226</b>	préscalénique	89,20	3
<b>00227</b>	prostate (à l'aiguille)	49,15	3
<b>00223</b>	rate (avec manométrie)	64,20	3
<b>00230</b>	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	74,50	3
<b>00231</b>	rectum	17,25	3
<b>00232</b>	rein (à l'aiguille) (P.A.D.T. 1.4)	118,55	3
<b>00798</b>	sein (à l'aiguille), une (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	24,65	3
	<b>AVIS :</b> Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général.		
<b>00498</b>	pour une (1) ou plusieurs biopsies d'une lésion distincte au même sein lors de la même séance, supplément	9,25	
<b>00236</b>	sinus	17,80	3
<b>00175</b>	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	93,90	4
<b>00238</b>	tendon	51,10	3
	testicules		
<b>00241</b>	unilatérale ou bilatérale	55,70	3
<b>00240</b>	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	73,55	3
<b>00242</b>	thyroïde (à l'aiguille)	32,65	3
----	transtrachéale ou transbronchique	(voir pneumologie)	
<b>00244</b>	urètre (sans endoscopie)	12,80	3
<b>00245</b>	vagin ou vulve	24,50	3
<b>00246</b>	vaisseau superficiel	58,85	3

## BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral		
<b>00217</b>	un niveau	51,76	
	chaque niveau supplémentaire	25,88	
	maximum	155,28	
	<b>AVIS :</b> Inscrire le nombre de niveaux.		
<b>00722</b>	bloc veineux	35,30	
<b>00255</b>	blocage d'un nerf somatique important tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur	24,70	
	blocage nerveux continu par injection d'anesthésique local dans un cathéter intrapleurale, incluant les examens, les visites, les consultations, l'insertion du cathéter, la surveillance et les injections		
<b>09481</b>	pour les premières quarante-huit (48) heures	130,75	
<b>09482</b>	en postopératoire immédiat, pour les premières quarante-huit (48) heures	70,75	
<b>09483</b>	réinjections et/ou examens et/ou visites après quarante-huit (48) heures, par jour, par patient	33,25	
<b>00257</b>	caudal	45,70	

<b>00256</b> épidural, cervical, thoracique ou lombaire	46,40
<b>00258</b> ganglion de Gasser	64,20
<b>00259</b> ganglion sphéno-palatin	54,85
<b>00260</b> ganglion stellaire	38,90
<b>00261</b> nerf fémoro-cutané	31,25
<b>00262</b> nerf laryngé supérieur	32,00
<b>00719</b> nerf obturateur	33,85
<b>00263</b> nerf phrénique	37,35
<b>00264</b> nerf splanchnique (plexus coeliaque)	129,50
<b>00265</b> nerf sus-scapulaire	29,40
<b>00720</b> nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	45,80
<b>00280</b> paravertébral de nerf somatique sous scopie seulement (thoracique, lombaire ou cervical) maximum par jour	32,60 78,00
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	
<b>00292</b> une (1) racine	160,30
<b>00293</b> deux (2) racines ou plus paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire)	240,40
<b>00268</b> unilatéral	30,70
<b>00269</b> plexus brachial	42,20
<b>00322</b> sinus carotidien (P.A.D.T. 1.4)	35,60
<b>00270</b> sous-arachnoïdien (intrathécal)	34,70
<b>00271</b> trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	37,70

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).

**AVIS :** Pour le code de facturation **00480**, utiliser l'élément de contexte **Injection de phénol**.

Pour les autres codes de facturation, utiliser l'élément de contexte **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie**.

## 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 mammario-coronaires) ou de fistules artério-veineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %. (MOD 016)

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **En vue de l'étude d'un ou de plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses.**

Angiographie veineuse

	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
	veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
<b>00129</b>	patient de deux (2) ans ou plus	28,75	3
<b>00233</b>	patient de moins de deux (2) ans	39,15	4
	veine thoracique ou abdominale		
<b>00133</b>	patient de deux (2) ans ou plus	55,15	3
<b>00886</b>	patient de moins de deux (2) ans	69,35	3
	par dissection veineuse		
	veine cave supérieure ou inférieure		
<b>00135</b>	patient de deux (2) ans ou plus	61,65	3
<b>00888</b>	patient de moins de deux (2) ans	92,50	3
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
<b>00141</b>	patient de deux (2) ans ou plus	88,90	3
----	maximum	222,25	
<b>00621</b>	patient de moins de deux (2) ans	133,45	4
----	maximum	333,63	

**AVIS** : Pour les codes de facturation **00141** et **00621**, inscrire le nombre de services.

Angiographie artérielle

	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
	artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
<b>00142</b>	patient de deux (2) ans ou plus	33,45	3
<b>00408</b>	patient de moins de deux (2) ans	46,25	3
	artère sous-clavière		
<b>00139</b>	patient de deux (2) ans ou plus	75,90	4
<b>00619</b>	patient de moins de deux (2) ans	113,85	4
	artère carotide ou vertébrale		
<b>00143</b>	patient de deux (2) ans ou plus	84,95	4

<b>00409</b>	patient de moins de deux (2) ans artère thoracique ou abdominale aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)	115,65	4
<b>00130</b>	patient de deux (2) ans ou plus (P.A.D.T. 1.4)	66,70	3
<b>00883</b>	patient de moins de deux (2) ans aortographie translomulaire	92,50	4
<b>00131</b>	patient de deux (2) ans ou plus	85,40	4
<b>00884</b>	patient de moins de deux (2) ans par dissection artérielle aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)	128,05	4
<b>00132</b>	patient de deux (2) ans ou plus	106,15	3
<b>00885</b>	patient de moins de deux (2) ans artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coéiliaque, mésentérique, bronchique) ajouter à l'aortographie non sélective	133,40	4
<b>00134</b>	patient de deux (2) ans ou plus	28,45	
----	maximum	113,80	
<b>00887</b>	patient de moins de deux (2) ans maximum	44,40 177,60	
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>00134</b> et <b>00887</b> , inscrire le nombre de services.			
Coronarographie			
<b>00294</b>	patient de deux (2) ans ou plus	142,35	4
<b>00488</b>	patient de moins de deux (2) ans	213,45	4
Angiocardiographie			
non sélective (par voie veineuse)			
<b>00126</b>	patient de deux (2) ans ou plus	41,10	4
<b>00219</b>	patient de moins de deux (2) ans	53,40	5
sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire			
<b>00102</b>	patient de deux (2) ans ou plus	88,90	4
----	maximum	177,80	
<b>00191</b>	patient de moins de deux (2) ans	133,45	5
----	maximum	266,90	
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>00102</b> et <b>00191</b> , inscrire le nombre de services.			
Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammario-coronaires :			
avec coronarographie			
<b>00103</b>	patient de deux (2) ans ou plus	177,85	3
<b>00193</b>	patient de moins de deux (2) ans	266,80	4
sans coronarographie			
<b>00104</b>	patient de deux (2) ans ou plus	118,55	3
<b>00218</b>	patient de moins de deux (2) ans	177,85	4
Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie			

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
 CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE

	Supplément à la technique d'angiographie effectuée peu importe le nombre		
<b>00144</b>	patient de deux (2) ans ou plus	14,25	
<b>00420</b>	patient de moins de deux (2) ans	21,30	
	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.		
<b>09301</b>	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée, incluant le cathétérisme cardiaque avant et après la dilatation fait durant la même séance	609,70	5
<b>09302</b>	dilatation de chacune des artères supplémentaires	124,55	
	<b>AVIS :</b> Incrire le nombre d'artères supplémentaires.		
<b>09360</b>	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)	563,25	7
<b>09361</b>	dilatation additionnelle, supplément	124,55	
	<b>AVIS :</b> Incrire le nombre de dilatations additionnelles.		
<b>09419</b>	Oblitération d'un canal artériel perméable par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	592,90	11
<b>00542</b>	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	185,05	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.		
<b>00597</b>	Ponction péricardique (P.A.D.T. 1.4)	48,65	3
<b>09334</b>	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (P.A.D.T. 1.4)	146,65	4
<b>09335</b>	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	20,50	
<b>00489</b>	Cardioversion électrique avec ou sans défibrillation, lors de la même séance, une (1), par séance (P.A.D.T. 1.4)	84,00	3
	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque permanent		
<b>00251</b>	patient de deux (2) ans ou plus	142,35	4
<b>00469</b>	patient de moins de deux (2) ans	213,45	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		

<b>00828</b>	premier quart d'heure (P.G. 2.4.7.3 C)	113,20
<b>00829</b>	chaque quart d'heure supplémentaire (P.G. 2.4.7.3 C)	28,25

**AVIS** : Indiquer la durée supplémentaire de la réanimation.

	Réanimation du nouveau-né à la naissance	
<b>00823</b>	sans intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	29,60
<b>00824</b>	avec intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	59,20
	Soins à l'unité coronarienne :	
<b>00717</b>	incluant un premier examen et l'interprétation de bandes de rythme pour les six (6) premiers jours par jour, par patient	41,00

**AVIS** : Incrire :

- la date d'entrée du patient à l'unité coronarienne;
- le lieu de dispensation;
- le secteur d'activité **Unité coronarienne**.

### Électrophysiologie

NOTE : Un maximum de 939,25 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 948,65 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « **Électrophysiologie** ».

**AVIS** : Le maximum de 948,65 \$ vise la combinaison de services codifiés

**00170, 00248, 00176, 00291, 09422, 00323, 09471, 00564**  
ou **09345** effectués le même jour.

<b>00170</b>	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)	160,15	3
<b>00248</b>	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	118,55	4
<b>00176</b>	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (P.G.2.9)	513,45	5
<b>00291</b>	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 transeptal, supplément	237,20	4
<b>09422</b>	avec mapping gauche, supplément	118,55	4
<b>00323</b>	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	134,80	4
<b>09471</b>	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	237,20	4

NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323

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 154,05

NOTE : La durée habituelle de ce test est d'une heure et demie et la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé. Ce procédé ne peut être fait que dans un établissement.

**AVIS :** Incrire le code de diagnostic.

Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

**09345** Cartographie cardiaque peropératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire 444,70

## Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

Les 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 38,45

**00567** période de quinze (15) minutes additionnelles maximum 38,45  
153,80

**AVIS :** Incrire la durée additionnelle de l'intervention.

<b>00300</b>	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	332,40	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.		
<b>00310</b>	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	415,45	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément du durée ci-dessus, le cas échéant.		
<b><u>AVIS :</u></b> Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, utiliser les codes de facturation de chaque service rendu.			
<b>00617</b>	Cathétérisme aortique (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	61,65	3
<b>00639</b>	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	128,10	3
<b>00648</b>	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	125,80	3
<b>09492</b>	voie d'approche transseptale, supplément	130,75	1
<b>09493</b>	voie d'approche transventriculaire, supplément	118,55	1
<b>00525</b>	Cathétérisme des veines caves, rénales et/ou sushépatiques pour enregistrement de pression et/ou prélèvement (P.G. 2.9)	70,85	
<b>00530</b>	Cathéter, électrode de stimulation cardiaque temporaire (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	103,60	3
<b>00535</b>	Épreuve d'entraînement sélectif du coeur incluant l'électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	58,85	
<b>00540</b>	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément (P.G. 2.9)	32,45	
<b>00545</b>	Électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	31,15	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque unifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
<b>00685</b>	patient de deux (2) ans ou plus	14,50	
<b>00690</b>	patient de moins de deux (2) ans	18,20	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque bifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
<b>00693</b>	patient de deux (2) ans ou plus	74,95	
<b>00705</b>	patient de moins de deux (2) ans	94,30	
<b>00313</b>	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électro-cardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	65,40	4
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes		

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

<b>00550</b>	veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément (P.G. 2.9)	32,05	
<b>00560</b>	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le coeur droit, supplément (P.G. 2.9)	31,30	
<b>00565</b>	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (P.G. 2.9)	32,65	
<b>00570</b>	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) (P.G. 2.9)	77,50	
<b>00575</b>	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (P.G. 2.9)	246,85	4
<b>00301</b>	Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement Cathétérisme artère ombilicale	53,60	3
<b>00306</b>	Mise en place du cathéter incluant la dissection	35,25	2
<b>00307</b>	Mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement (incluant la dissection)	99,65	3
<b>00487</b>	Cathéter pour mesure de la tension veineuse centrale, (ne peut être réclamé au cours d'un cathétérisme cardiaque) (P.A.R. 3.02) Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter	21,05	
<b>00336</b>	artérielle (périphérique) (P.A.D.T. 1.4)	46,30	3
<b>00337</b>	veineuse (P.A.D.T. 1.4) 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)	46,40	3
<b>00492</b>	patient de quatre (4) ans ou plus	14,30	
<b>00680</b>	patient de moins de quatre (4) ans	20,35	
<b>00557</b>	Insertion percutanée d'un cathéter flexible pour infusion intraveineuse prolongée chez un enfant de moins de deux (2) ans 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 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.	10,05	
<b><u>AVIS :</u></b> Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D)			
<b>00695</b>	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire (P.A.D.T. 1.4)	28,90	
<b>00669</b>	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.	50,65	

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné et y préciser la période couverte par l'octroi de privilèges.*  
*Ce formulaire peut être transmis par le service en ligne ou aux coordonnées qui y sont indiquées.*

<b>09304</b>	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz	148,60	
<b>00987</b>	supplément (P.A.R. 3.02)		<b>9</b>
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
<b>09305</b>	patient de moins de 16 ans (P.A.D.T. 1.4)	74,55	<b>3*</b>
<b>00993</b>	supplément (P.A.R. 3.02)		<b>5</b>
<b>09306</b>	patient de 16 ans ou plus (P.A.D.T. 1.4)	43,40	<b>3*</b>
<b>00994</b>	supplément (P.A.R. 3.02)		<b>3</b>
<b>09307</b>	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste (P.A.D.T. 1.4)	69,80	<b>3*</b>
<b>00995</b>	supplément (P.A.R. 3.02)		<b>5</b>
<b>09308</b>	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	189,80	
<b>09309</b>	si reprise de la technique en deçà de trente jours, supplément	32,05	
<b>09327</b>	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 (P.A.D.T. 1.4)	115,80	
<b>09328</b>	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	104,05	
<b>00996</b>	supplément (P.A.R. 3.02)		<b>7</b>
<b>09333</b>	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (P.A.D.T. 1.4)	48,35	

## Électrocardiogramme

	en cabinet		
<b>00340</b>	interprétation	1,95	
<b>00341</b>	technique et interprétation	5,10	
<b>00342</b>	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)	5,10	

<b>00339</b>	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)	52,60
<b>00344</b>	à domicile	23,10
<b>00780</b>	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par le médecin. par heure, par patient Maximum quinze (15) patients	5,65
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer :</i> - le nombre de patients; - le numéro d'assurance maladie de chacun; - la durée de la surveillance.	
<b>00125</b>	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de vingt-quatre (24) heures, interprétation NOTE : ne peut être facturé pour des patients hospitalisés	10,05
	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 :	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. La rémunération pour un électrocardiogramme comprend l'interprétation d'un nombre suffisant de tracés pour poser un diagnostic.</li> </ol>	
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Le médecin doit détenir des privilèges pour interpréter un électrocardiogramme en établissement. L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire <a href="#">Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens (3051)</a>. Pour les codes de facturation <b>30010</b> à <b>30130</b>, utiliser la <a href="#">Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606)</a>. Voir le <a href="#">Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)</a>.</i>	
<b>30010</b>	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,95
<b>30060</b>	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)	37,70
<b>30120</b>	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaudique	5,70

<b>30110</b>	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
<b>30130</b>	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) Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps différé) interprétation seulement	68,00
<b>00756</b>	une bande de douze (12) heures visualisation, enregistrement, interprétation	9,40
<b>00757</b>	une bande de douze (12) heures, (pour les deux premières bandes), chacune <b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de bandes de 12 heures.	35,30
<b>00758</b>	les bandes de douze (12) heures subséquentes et consécutives, chacune <b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de bandes de 12 heures subséquentes et consécutives. Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps réel), par vingt-quatre (24) heures	17,05
<b>00630</b>	technique et interprétation Mesure du débit cardiaque par thermodilution	42,45
<b>00846</b>	par mesure maximum par patient par jour, quatre (4) mesures <b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de services. NOTE : ce service médical est inclus dans la valeur de base au cours d'une anesthésie.	21,20
<b>00182</b>	Intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux prévus au préambule particulier d'anesthésie réanimation Exsanguino-transfusion (patient de plus de seize (16) ans) méthode iso-volumétrique	29,40
<b>00712</b>	initiale, incluant l'examen, la visite et la consultation	204,25
<b>00713</b>	subséquentes	136,25
<b>00714</b>	multiple	C.S.
<b>00715</b>	Leucophérèse	171,90
<b>00406</b>	Plaquettophérèse	163,40
<b>00647</b>	Transfusion directe, exsanguino-transfusion (chacune) Pacemaker	148,20
<b>00146</b>	installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur (P.A.D.T. 1.4)	28,25

## DERMATOLOGIE

-----	Chimiothérapie lésion cutanée (une (1) ou plusieurs) ( <i>annexe I, préambule général</i> )
-------	--

----	intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale, intraveineuse - Cryothérapie d'une lésion <b>(annexe I du préambule général)</b>	(voir hyperalimentation, injection...)
<b>00425</b>	Infiltration intralésionnelle (une (1) ou plusieurs lésions)	1,40
<b>00468</b>	Injection de substance sclérosante, intralésionnelle (dermatologie) une (1) ou plusieurs	7,90
<b>00830</b>	Photochimiothérapie	20,30
<b>00821</b>	Traitement de Goekerman	6,05
<b>00328</b>	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	1,40

## 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.

<b>00347</b>	Électroencéphalogramme de base Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter	37,00
<b>00735</b>	Étude avec électrodes pharyngées	4,15
<b>00736</b>	Étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	15,75
	Corticographie	
<b>00889</b>	un (1) médecin	400,65
<b>09421</b>	deux (2) médecins, chacun	177,85
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation mineure périphérique	
<b>00333</b>	première heure chaque heure supplémentaire	59,30 23,70

**AVIS :** Indiquer la durée de l'activité.

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 ».

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Effectué à la même séance que l'enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal.**

<b>00787</b>	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	177,85
<b>00117</b>	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	117,70

## 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.
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.

<b>00356</b>	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de sept (7) muscles	46,30
<b>09411</b>	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins vingt (20) paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	83,00
<b>09412</b>	Électromyographie extensive, sept (7) muscles et plus	68,00
<b>00357</b>	Étude de la conduction nerveuse chaque type, chaque nerf supplémentaire, supplément	10,85 10,85
	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 ».	
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Inscrire le nombre d'études.</i>	
<b>00358</b>	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	23,70
<b>00378</b>	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	16,10
<b>00386</b>	Réponses cutanées sympatiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	10,25
<b>00360</b>	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une étude de documents photographiques, une analyse avant et après tétanisation ou exercice	61,65
<b>00388</b>	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal (en établissement seulement)	32,75

<b>09409</b>	Test au curare, régional, supplément (en établissement seulement)	35,60
<b>00363</b>	Réflexe H ou onde F - chacun	7,80
	<i><u>AVIS</u> : Inscrire le nombre de réflexes H ou d'ondes F.</i>	
<b>00366</b>	Réflexes trigémino-faciaux	32,75
<b>00355</b>	E.M.G. quantitatif incluant documents photographiques et analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	62,90
<b>00359</b>	Étude électromyographique chez tout enfant de moins de douze (12) ans, supplément (en établissement seulement)	21,30

## GASTROENTÉROLOGIE

### Aspiration

<b>00149</b>	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	13,80	
<b>00148</b>	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	21,20	
<b>00410</b>	Extraction de fécalome volumineux (P.A.D.T. 1.4)	46,15	3
<b>00637</b>	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	61,65	

### Endoscopie gastro-entérologique

	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois		
<b>00691</b>	diagnostique (P.A.D.T. 1.4)	70,75	3
<b>00874</b>	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	49,20	1
<b>00862</b>	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément	21,20	1
<b>09486</b>	avec coagulation de lésion hémorragique, une ou plusieurs, supplément	64,20	
<b>00303</b>	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une (1) ou plusieurs, supplément	128,35	1
<b>09373</b>	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, supplément	68,85	1
<b>00304</b>	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	20,60	
<b>00548</b>	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	61,65	2
<b>09374</b>	Cholédochoscopie trans-fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	136,40	3
<b>00692</b>	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréaticobiliaires incluant, le cas échéant, l'oesophagoscopie	183,90	4
<b>00346</b>	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	86,30	

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
GASTROENTÉROLOGIE

<b>09337</b>	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 (P.A.D.T. 1.4)	279,70	3
<b>00364</b>	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément NOTE : La coloscopie inclut la recto-sigmoïdoscopie.	98,30	1
Coloscopie avec coloscope long (plus de soixante-dix (70) cm) :			
<b>00697</b>	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (P.A.D.T. 1.4)	141,50	3
<b>00700</b>	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (P.A.D.T. 1.4)	120,35	3
<b>00703</b>	coloscopie du côlon descendant (P.A.D.T. 1.4)	77,85	3
Coloscopie avec coloscope court (soixante-dix (70) cm ou moins)			
<b>00863</b>	coloscopie avec coloscope court (P.A.D.T. 1.4)	46,75	
<b>00749</b>	Exérèse de polype (un (1) ou (2) deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	56,60	
	chaque polype supplémentaire	14,10	
	maximum pour l'ensemble des polypes excisés	141,20	
<b><u>AVIS</u></b> : Incrire le nombre de polypes.			
<b>00750</b>	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	20,50	
<b>09488</b>	Coagulation de lésion hémorragique au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	65,40	2
<b>00365</b>	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscopie, une (1) ou plusieurs, supplément	118,55	2
<b>00122</b>	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonnet, et/ou mise en place perendoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	49,05	3
Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de trente (30) cm ou moins)			
<b>00635</b>	sans manipulation (P.A.D.T. 1.4)	20,10	3
<b>00636</b>	avec biopsie unique ou multiple (P.A.D.T. 1.4)	28,35	3
<b>00706</b>	avec exérèse de polypes (un (1) ou (2) deux) incluant la biopsie (P.A.D.T. 1.4)	68,05	3
	chaque polype supplémentaire	11,35	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	147,50	
<b><u>AVIS</u></b> : Incrire le nombre de polypes.			
Oesophage			
<b>00620</b>	dilatation de l'oesophage avec dilatateurs guidés rigides, sur un fil d'acier ou une corde incluant fluoroscopie	111,05	4
NOTE : Ce code ne peut être réclamé le même jour que le code 00691 ou qu'un de ses suppléments.			

<b>00569</b>	études de la motilité de l'oesophage monitoring ambulatoire de vingt-quatre (24) heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur	70,75	
<b>00701</b>	technique	14,10	
<b>00702</b>	interprétation	21,20	
<b>09338</b>	pHmétrie oesophagienne de vingt-quatre (24) heures, surveillance et interprétation, non informatisée	98,65	
<b>00572</b>	pH et motilité de l'oesophage (combiné)	84,30	
<b>09339</b>	test à l'ergonovine, supplément à 00569 ou 00572	32,05	
<b>09340</b>	test au betanechol, supplément à 00569 ou 00572	32,05	
<b>00571</b>	pH oesophagien pour reflux	28,05	
<b>00568</b>	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,95	
<b>00562</b>	bougirage (P.A.D.T. 1.4)	29,75	3
<b>00563</b>	cardio-myorrhexie	86,85	4
<b>00573</b>	tamponnage oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (P.A.D.T. 1.4)	28,35	3
<b>00574</b>	supervision par jour	12,55	
<b>00338</b>	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non informatisée	308,45	
<b>00864</b>	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus- hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	66,75	
<b>00865</b>	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	67,95	
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées		
<b>00866</b>	avec biopsie hépatique transjugulaire	61,65	
<b>00867</b>	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	61,65	
<b>00868</b>	avec portographie transhépatique transjugulaire	147,95	
<b>00869</b>	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	94,85	
<b>00349</b>	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	123,30	
<b>09485</b>	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	59,30	
<b>00870</b>	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	66,75	
	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		
<b>09377</b>	premier jour (journée de la greffe)	415,05	
<b>09378</b>	deuxième au cinquième jour (par jour)	296,50	
<b>09379</b>	sixième au dixième jour (par jour)	118,55	
<b>09380</b>	onzième au quinzième jour (par jour)	88,95	

<b>09381</b>	premier au quinzième jour inclus (honoraire global)	2 638,50	
----	Laparoscopie	(voir onglet appareil digestif)	
<b>00522</b>	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	19,15	
<b>00654</b>	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	22,05	

## GYNÉCOLOGIE

<b>00109</b>	Amnioscopie	19,30	
<b>00401</b>	Examen gynécologique sous anesthésie générale, sauf si effectué au cours de la même séance opératoire qu'un acte de chirurgie gynécologique	27,05	2
<b>20025</b>	Extraction de stérilet, acte compliqué (P.G. 2.4.7.7 A) (P.A.D.T. 1.4)	58,75	3
<b>00834</b>	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	100,65	3
<b>00466</b>	Hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé	29,60	
<b>00490</b>	Insémination artificielle	20,60	
<b>00205</b>	Insertion de stérilet incluant l'examen, la visite ou la consultation effectué antérieurement ou concurremment à cet égard (P.A.D.T. 1.4)	55,95	
-----	en cabinet (P.G.2.4.7.7 A)	63,80	

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Séance différente** si l'examen, la visite ou la consultation est fait après l'installation du stérilet lors d'une séance différente.

## HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION

### Hyperalimentation

<b>00844</b>	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)	153,95	
<b>09331</b>	installation de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	145,95	4
<b>00845</b>	révision de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	79,95	4
<b>09332</b>	exérèse de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	65,20	3

### Injection

	injection intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale ou autre d'agent chimiothérapeutique incluant, s'il y a lieu, évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique		
<b>00583</b>	première injection	43,00	

<b>00603</b>	chaque injection subséquente à la même séance	24,00	
	<i><b>AVIS</b> : Incrire le nombre d'injections subséquentes.</i>		
<b>00734</b>	intraveineuse (injection d'une (1) ou plusieurs substances antinéoplasiques)	28,15	
	Injection de médicament ou de substance thérapeutique dans articulation temporo-mandibulaire		
<b>00201</b>	Médication ou substance thérapeutique intra-articulaire	13,80	
<b>00228</b>	médication sclérosante incluant la substance	63,95	
<b>00431</b>	bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum trois (3))	16,50	
	<i><b>AVIS</b> : Incrire le nombre d'injections.</i>		
<b>00430</b>	capsules, gaines, tendons, ligaments ou fascia	16,65	
	NOTE : Les codes 00201, 00431 et 00430 ne peuvent être réclamés avec le code 00254, 00124 ou 00324 le même jour, au même site d'injection ou de ponction.		
<b>00429</b>	cornets du nez	17,95	3
<b>00432</b>	trachée et bronches (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) par intubation trachéo-bronchique (P.A.D.T. 1.4)	41,90	
<b>09487</b>	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	30,80	3
<b>00485</b>	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	163,60	3
<b>00554</b>	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (P.A.D.T. 1.4)	92,55	
<b>00826</b>	injection de toxine botulinique intralaryngée (P.A.D.T. 1.4)	74,05	4
<b>00473</b>	injection intra-artérielle thérapeutique (vasodilatateur)	21,40	
<b>00474</b>	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	2,30	
	Évaluation d'un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse, à l'exclusion d'un groupe indentifiable, aux fins d'administration du vaccin par voie intramusculaire ou intranasale.		
<b>20021</b>	en cabinet	12,00	
<b>20022</b>	pour chaque patient supplémentaire à compter du 201 <sup>e</sup> le même jour	6,00	
<b>20023</b>	en établissement		
<b>20024</b>	pour chaque patient supplémentaire à compter de la 201 <sup>e</sup> le même jour	9,05	
		4,50	
	NOTE: Dans les situations visées, cette rémunération s'applique à l'exclusion de toute autre rémunération, y compris un éventuel supplément à titre de la clientèle vulnérable.		
<b>00477</b>	injection intraveineuse, enfant jusqu'à quatre (4) ans, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	5,50	
<b>00478</b>	injection intraveineuse, enfant de quatre (4) ans ou plus, adulte, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	3,90	
<b>00479</b>	injection intraveineuse : cuir chevelu, en cabinet ou à domicile	12,95	

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION

<b>00480</b>	injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol, la rémunération est doublée (MOD 052) (P.A.D.T. 1.4)	21,10	3
	injection de substance de contraste incluant les tests de sensibilité à la substance injectée		
<b>00816</b>	cavernographie	14,65	
----	dacryocystographie	(voir ophtalmologie)	
<b>00443</b>	hystéro-salpingographie	42,60	3
<b>00463</b>	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,55	
<b>09459</b>	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	26,15	
<b>00452</b>	sinusographie (neurologie, neuro-chirurgie)	133,90	
<b>00454</b>	vasographie unilatérale ou bilatérale	52,40	3
<b>00455</b>	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	120,45	7
<b>00456</b>	ventriculographie unilatérale par trou existant	69,15	7
	injection de substance sclérosante (seul le médecin peut injecter la substance sclérosante)		
<b>00464</b>	dans veine hémorroïdaire (une (1) ou plusieurs injections)	13,55	
	dans veine variqueuse des membres inférieurs, en établissement		
<b>00527</b>	injection pour sclérose de la crosse de la saphène interne	30,85	
<b>00528</b>	saphène externe	21,80	
<b>00529</b>	autres injections : une (1) ou deux (2), total	8,45	
----	injection au-delà de la deuxième (maximum douze (12))	2,25	

**AVIS :** Incrire le nombre d'injections.

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**

<b>00497</b>	pneumomédiastin	21,20	
<b>00500</b>	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	12,95	
<b>00501</b>	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	32,50	
<b>00505</b>	pneumothorax thérapeutique amorce	20,90	
<b>00506</b>	pneumothorax thérapeutique réinsufflation pneumothorax, traitement	14,05	
<b>00615</b>	ponction évacuatrice (P.A.D.T. 1.4)	32,30	
<b>00616</b>	aiguille et drainage continu (P.A.D.T. 1.4)	64,50	

**Perfusion régionale**

<b>00295</b>	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier type infusaid ou Port-a-Cath	176,90	4
<b>00296</b>	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	80,65	3

**Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)**

À la demande d'un coroner, chez le patient décédé

<b>20026</b>	prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical, le cas échéant, toutes techniques	31,35	
<b>20027</b>	prélèvement de sang dans la veine cave, unique ou multiple, tout site de ponction	50,35	
	NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027.		
	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le numéro du coroner investigateur ou son prénom, son nom et sa profession.</i>		
<b>00582</b>	abdominale pour fin diagnostique ou évacuation d'ascite (P.A.D.T. 1.4)	14,05	3
<b>00683</b>	artérielle pour prélèvement sanguin (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	14,45	
<b>00684</b>	artérielle et mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	29,15	
	NOTE : l'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut les ponctions de sang artériel dans le cathéter.		
<b>00254</b>	drainage de la bourse séreuse ou articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (P.G. 2.4.7.7 B) (P.A.D.T. 1.4)	19,00	2
	<b>AVIS :</b> <i>Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général.</i>		
<b>09402</b>	recherche de cristaux	14,35	
<b>00588</b>	cisternale	33,25	
	drainage thérapeutique incluant prélèvement diagnostique		
<b>00590</b>	premier	31,15	2
<b>00589</b>	subséquent	15,20	
<b>00592</b>	ganglion, un (1) ou plusieurs (P.A.D.T. 1.4)	17,20	
<b>00594</b>	kyste mammaire	22,75	
<b>00584</b>	kyste thyroïdien	47,25	2
<b>00596</b>	lombaire avec ou sans épreuve manométrique (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	61,65	3
<b>00873</b>	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	172,90	
<b>00822</b>	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (P.A.D.T. 1.4)	50,30	
<b>00598</b>	périnéale et insufflation gazeuse	34,20	
<b>09418</b>	pleurale (P.A.D.T. 1.4)	43,25	3
<b>00591</b>	réinfusion d'ascite i.v.	33,90	
<b>00604</b>	saignée	14,80	
<b>00605</b>	splénique (aspiration et manométrie)	66,50	3
---	transsclérale		(voir ophtalmologie)
<b>00751</b>	veine fémorale ou jugulaire (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	21,85	
<b>00608</b>	veineuse : patient de moins de quatre (4) ans	5,90	
<b>00609</b>	veineuse : patient de quatre (4) ans ou plus, au cabinet seulement	3,90	
<b>00610</b>	veineuse : cuir chevelu	14,05	
<b>00611</b>	vessie (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	15,85	

00875 ponction et lavage péritonéal par insertion d'un cathéter 41,40

## LABORATOIRE

### Analyse de laboratoire en cabinet ou à domicile :

00111	Analyse d'urine avec microscopie	2,70
00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation	10,60
00113	Glycémie (par méthode biochimique quantitative incluant le prélèvement)	3,35
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)	2,00

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.

### 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	8,65	5,40
00382	après bronchodilatateur, en cabinet seulement	9,30	5,25

R = 1

R = 2

## ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation)

<b>00119</b>	Acidification urinaire, en établissement	19,30
<b>00128</b>	Détermination de la filtration glomérulaire par « clearance » à l'insuline (incluant technique et interprétation), en établissement Épreuve à (au)	64,20
<b>00805</b>	amytal carotidien, unilatérale	72,30
<b>00806</b>	angiotensine	14,20
<b>00369</b>	bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	24,85
<b>00842</b>	bromocryptine	11,50
<b>09325</b>	clonidine	44,40
<b>00704</b>	dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	84,90
<b>00843</b>	ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	75,50
<b>00395</b>	fluorescéine (intestins)	24,85
<b>00808</b>	héparine (PHLA)	26,15
<b>00660</b>	histamine	16,30
<b>00397</b>	insuline (Hollander)	20,95
<b>00762</b>	morphine et prostigmine	20,20
<b>00396</b>	sécrétine (intestins)	26,95
<b>00394</b>	tensilon (incluant l'injection)	20,10
	Épreuve de	
<b>09320</b>	concentration urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation dilution urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation	61,40
<b>09321</b>	sans mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	57,90
<b>09322</b>	avec mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	112,70
<b>09323</b>	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.)	57,90
<b>00415</b>	traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les examens et les visites au cours de l'épreuve	92,55
<b>00368</b>	exercice ischémique	1,20
<b>00423</b>	Huhner Kveim (sarcoïdose)	18,50
<b>00687</b>	sans biopsie	2,50
<b>00688</b>	avec biopsie	18,25

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
NÉPHROLOGIE

<b>09319</b>	Miller et Zurzov	13,10	
<b>00810</b>	Pak	14,70	
<b>00393</b>	provocation biliaire à la cholécystokinine	5,95	
<b>00661</b>	réabsorption phosphatique	16,10	
<b>00398</b>	stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	23,70	
<b>00761</b>	tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.) ou intraveineuse	12,85	
<b>00807</b>	épreuve cétogène, épreuves au glucagon et hypoglycémie cétogène comprises	23,70	
<b>09326</b>	épreuve dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	241,80	3
	Étude du		
<b>00666</b>	taux de sécrétion d'aldostérone	12,05	
<b>00667</b>	taux de sécrétion de COF	11,50	
<b>09372</b>	Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode	35,30	
	Test		
<b>09417</b>	à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	18,50	
<b>09324</b>	au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale et l'interprétation	35,30	
<b>09354</b>	d'infusion de sulfate de sodium, incluant les examens, les visites et les consultations	53,40	
<b>00711</b>	de stimulation endorphinique incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	136,25	
<b>00831</b>	de stimulation à l'EDTA	22,10	
<b>00348</b>	respiratoire à hydrogène	19,45	
	Épreuves, études et tests endocrinologiques effectués par un médecin, autres que ceux déjà énumérés		
<b>09371</b>	Épreuve dynamique avec mesures hormonales	43,35	
<b>00121</b>	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	136,20	3
	Examen		
<b>00402</b>	microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal	7,15	
	NOTE : ne peut être réclamé en même temps que le code 00404		
<b>00403</b>	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc. incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)	13,60	
<b>00404</b>	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)	6,80	

NÉPHROLOGIE

**Dialyse**

Dialyses péritonéales

Techniques chirurgicales

<b>00332</b>	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	41,00	3
<b>00311</b>	installation ou exérèse de cathéter type Tenckhoff ou d'Oreopoulos (P.A.D.T. 1.4)	144,25	3

**Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)**

Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins, par patient

<b>00283</b>	pour les premières quarante-huit (48) heures	372,25	
<b>00284</b>	après quarante-huit (48) heures, par jour	36,55	

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

<b>00285</b>	patient de plus de seize (16) ans	196,20	
<b>00286</b>	patient de seize (16) ans ou moins	392,15	

Visites pour le traitement par hémodialyse, incluant tous les soins, par patient

<b>00287</b>	première subséquente	372,25	
<b>00288</b>	patient de plus de seize (16) ans	39,65	
<b>00289</b>	patient de seize (16) ans ou moins	77,05	

NOTE : les honoraires pour la première hémodialyse ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

<b>00290</b>	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	177,85	
--------------	---	--------	--

<b>00147</b>	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	296,50	
--------------	---	--------	--

Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf le premier examen et l'insertion du cathéter.

<b>09382</b>	trois (3) premiers jours, par patient, par jour	139,15	
<b>09383</b>	après trois (3) jours, par patient, par jour	56,60	

Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
NEUROCHIRURGIE

<b>09426</b>	premier jour	196,20	
<b>09427</b>	deuxième jour	88,95	
<b>09428</b>	troisième jour	88,95	
<b>09429</b>	par jour subséquent	41,45	
<b><i>AVIS</i></b> : Indiquer la date d'entrée en établissement.			
<b>00698</b>	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur	92,55	
<b>00699</b>	Thérapie immunosuppressive pour transplantation rénale, traitement complet pré et postopératoire	577,65	
<b>00419</b>	Installation de canules artérielles et veineuses (P.A.D.T. 1.4) Révision ou réinstallation de canules	238,95	4
<b>00426</b>	canule artérielle ou veineuse (P.A.D.T. 1.4)	82,15	4
<b>00427</b>	canule artérielle et veineuse (P.A.D.T. 1.4)	109,80	4
<b>00389</b>	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site (P.A.D.T. 1.4)	42,50	3
<b>00428</b>	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	82,15	3
<b>09330</b>	Exérèse de canules artérielle et veineuse	103,00	3
<b>00618</b>	Mesure de Tm (glucose, phosphates, bicarbonates) service professionnel (incluant surveillance, interprétation et rapport écrit)	65,40	

## NEUROCHIRURGIE

### Drainage

<b>00600</b>	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) P.A.R. 3.02	181,25	
<b>00614</b>	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	192,10	5
<b>00625</b>	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions dans le même temps)	294,15	11
<b>00629</b>	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant) Ponction sous-durale	207,90	5
<b>00664</b>	unilatérale	50,95	
<b>00665</b>	bilatérale	73,55	
<b>00602</b>	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	27,50	5
<b>00668</b>	Trépanation simple	127,35	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 âgées 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	
<b>00531</b>	(premier traitement) unilatérale	24,85
<b>00532</b>	(traitements subséquents) unilatérale	14,80
	Champ visuel	
<b>00533</b>	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)	17,95
<b>00534</b>	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques	28,25
	Périmétrie statique	
<b>00538</b>	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.	48,45
<b>00536</b>	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	36,80
<b>00745</b>	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	36,80
<b>00509</b>	Potentiels évoqués visuels (P.A.D.T. 1.4)	42,30
<b>00537</b>	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	38,70
<b>00539</b>	Étude de la vision des couleurs (technique extensive, v.g. Farnsworth - Munsell)	29,40
<b>00541</b>	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) Examen au phosphore radioactif	47,45
<b>00655</b>	approche antérieure	40,70
<b>00659</b>	approche postérieure	159,85
<b>00556</b>	Biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)	23,90
<b>00543</b>	Gonioscopie	12,85
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.	
<b>00576</b>	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation	13,35

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
OPHTALMOLOGIE

NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.

<b>00544</b>	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale	75,25	3
<b>00546</b>	Ophthalmodynamométrie (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)	24,50	
<b>09424</b>	Bilan orthoptique avec enregistrement des mesures sur document permanent, excluant les traitements	18,00	
	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.		
<b>00549</b>	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	27,10	
<b>00552</b>	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	27,95	
<b>00553</b>	Rétinophotographie	18,25	
	Microscopie spéculaire		
<b>00577</b>	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	11,85	
<b>00555</b>	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")	39,50	
<b>00819</b>	Courbe de tension oculaire, incluant les examens, les visites et tonométries répétés (minimum quatre (4))	32,25	
<b>00859</b>	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (quarante-cinq (45) à soixante (60) minutes)	14,35	
<b>00827</b>	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	20,65	
<b>09336</b>	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	10,00	
<b>00860</b>	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	74,05	4
<b>00744</b>	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	33,90	3
<b>00486</b>	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	31,10	3
<b>09356</b>	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, une ou plusieurs	74,75	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.		
<b>00174</b>	conjonctive	17,95	3
<b>00206</b>	orbite	82,20	3
<b>00214</b>	paupières ou sourcils	29,70	3
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)		
<b>00436</b>	dacryocystographie, unilatérale	22,20	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
<b>00607</b>	ponction transscérale de la chambre antérieure, unilatérale	37,55	

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

<b>00153</b>	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	17,40	3
<b>00825</b>	Crico-thyroïdotomie d'urgence	53,40	
<b>00791</b>	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou des amygdales	13,85	3
	Phoniatry		
<b>09341</b>	Sonographie	35,95	
<b>09342</b>	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	33,25	
<b>09343</b>	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	39,55	
	<b>AVIS : Incrire :</b>		
	- la durée de la rééducation;		
	- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.		
	Rhinomanométrie		
<b>00783</b>	interprétation	7,00	
<b>00638</b>	technique et interprétation	29,50	
<b>00710</b>	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie	61,25	3
<b>00746</b>	Rhinopharyngo-laryngoscopie directe (flexible) avec ou sans biopsie (P.A.D.T. 1.4)	55,40	3
	Sinus		
<b>00640</b>	frontal, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	34,70	3
<b>00633</b>	frontal, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	21,90	3
<b>00641</b>	maxillaire, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	26,15	3
<b>00642</b>	maxillaire, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	17,00	3
<b>09406</b>	endoscopie naso-sinusienne unilatérale (un (1) ou plusieurs sinus)	65,40	2

## PNEUMOLOGIE

### **Bronchoscopie incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie et la biopsie**

#### Bronchoscopie

<b>09362</b>	chez un patient intubé (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	56,60	4
<b>09363</b>	chez un patient non intubé (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	135,85	3
<b>09364</b>	avec extraction de corps étranger, supplément (P.G. 2.9)	17,00	
<b>09365</b>	avec exérèse de tumeur, supplément (P.G. 2.9)	16,10	
<b>00724</b>	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	177,85	1
<b>09366</b>	avec bronchographie, supplément	58,00	1
<b>09367</b>	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	75,90	1
<b>09368</b>	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	75,90	1
<b>09369</b>	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	61,40	1

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
RADIOLOGIE

<b>09484</b>	avec fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	75,90	3
<b>00140</b>	Contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément 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	62,90	1
<b>09351</b>	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	192,60	10
<b>09352</b>	Cure de sténose trachéale inflammatoire	355,75	11
<b>09353</b>	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	442,40	11
<b>00707</b>	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire, incluant la bronchoscopie	296,50	5
<b>00753</b>	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	308,45	6
<b>00799</b>	Trachéoscopie, sans autre scopie des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	73,30	3
<b>00800</b>	Dilatation trachéale incluant la bronchoscopie ou la laryngoscopie ou les deux P.G. 2.9)	173,85	5
<b>00801</b>	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	168,15	5
<b>Laryngoscopie avec ou sans biopsie</b>			
avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale			
<b>00519</b>	directe (rigide) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	97,60	3
<b>00511</b>	à suspension (P.G. 2.9)	117,45	4
<b>00512</b>	au microscope (P.G. 2.9)	142,50	4
<b>00559</b>	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	138,70	4
<b>00524</b>	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (P.A.D.T. 1.4)	141,15	4
Thoracoscopie			
<b>00644</b>	exploratrice	75,85	3
<b>00645</b>	exploratrice avec biopsie	99,65	3
<b>00646</b>	avec section d'adhérences	116,20	3
<b>00412</b>	Traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (P.A.D.T. 1.4) NOTE : ce code peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée.	80,65	2
<b>00413</b>	Traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (P.A.D.T. 1.4)	79,30	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

<b>09494</b>	par ballonnet (P.A.D.T. 1.4)	355,75	9
<b>09495</b>	par athérectomie (P.A.D.T. 1.4)	355,75	9
<b>09496</b>	par ballonnet et athérectomie (P.A.D.T. 1.4)	474,30	9
<b>09433</b>	Utilisation du laser intra-vasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément	118,55	

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)		
<b>09436</b>	premier vaisseau nourricier cathétérisé	303,55	14
<b>09437</b>	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	151,75	
<b>09438</b>	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	154,20	

**Crânienne et spinale**

<b>09439</b>	premier vaisseau nourricier cathétérisé	518,00	14
<b>09440</b>	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	243,05	
<b>09441</b>	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	308,30	

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.

<b>09442</b>	Cathétérisme d'un seul vaisseau	53,60	
<b>09443</b>	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)	97,25	
<b>09444</b>	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant angiographie de positionnement et mise en place d'une perfusion médicamenteuse	320,80	14

**Perfusion artérielle médicamenteuse**

<b>09445</b>	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	50,35	
--------------	---	-------	--

**Embolectomie**

<b>09446</b>	Embolectomie par cathéter trans-cutané	308,30	7
--------------	--	--------	---

**Extraction de corps étrangers**

<b>09447</b>	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intra-vasculaire (artériel ou veineux)	308,30	7
--------------	--	--------	---

**Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endo-veineux**

<b>09448</b>	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endo-veineux par cathétérisme trans-cutané, incluant les examens, les visites et les consultations	228,75	7
--------------	--	--------	---

**INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES**

**Interventions hépato-biliaires**

<b>00435</b>	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire percutanée (P.A.D.T. 1.4)	67,95	3
--------------	--	-------	---

**Drainage percutané de voies biliaires**

<b>09449</b>	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	148,20	3
--------------	---	--------	---

<b>09450</b>	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	209,15	3
<b>09451</b>	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	125,80	
<b>09452</b>	mise en place d'un support endo-biliaire (endoprothèse biliaire)	189,80	
<b>09453</b>	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	104,60	
<b>09454</b>	Remplacement de cathéter	46,20	3
<b>09455</b>	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué		
		136,40	3
<b>00123</b>	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	325,40	3
	<b>Interventions digestives</b>		
<b>09456</b>	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	183,90	4
<b>09457</b>	Entérostomie percutanée (coecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	154,20	3
	<b>Interventions urologiques ou endo-urologiques</b>		
<b>09458</b>	Néphrostomie percutanée, incluant les examens, les visites, les consultations et l'injection de colorant	115,05	3
	<b>Interventions neuro-squelettiques</b>		
	Blocs facettaires		<b>(voir blocages nerveux)</b>
	Discographie		
<b>00438</b>	1 niveau	102,80	3
<b>00459</b>	2 niveaux ou plus	115,05	3
	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément		
<b>09460</b>	1 niveau	38,60	
	par niveau additionnel	25,80	
	<b><u>AVIS</u> : Indiquer le nombre de niveaux.</b>		
<b>00894</b>	Myélographie	60,10	4
	Discoïdectomie percutanée		
<b>09461</b>	premier niveau	296,50	6
<b>09462</b>	2 niveaux ou plus	355,75	6
<b>09463</b>	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	118,55	
<b>00895</b>	Pneumo-encéphalographie	73,50	5
<b>00896</b>	Pneumo-myélographie	76,70	5
	<b>Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique</b>		
<b>09464</b>	thoracique	67,75	3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE

<b>09465</b>	abdominale	56,60	3
<b>09466</b>	voies biliaires	141,50	3
<b>00229</b>	rate	46,25	3
<b>00252</b>	rétropéritoiné (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	137,05	4
<b>09467</b>	ovaire	118,55	3
<b>09468</b>	estomac	59,30	3
<b>09469</b>	intestin	59,30	3
	Mammaire		
<b>09470</b>	localisation ou biopsie d'une masse mammaire palpable ou les deux	53,45	
<b>00551</b>	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	133,50	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la stéréotaxie s'ajoute.		
<b>00561</b>	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	133,70	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et de la stéréotaxie s'ajoutent.		
	Osseuse		
<b>00212</b>	os	133,50	4
<b>00247</b>	vertèbre	120,90	3
	<b>Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique) incluant l'injection de médication ou de substance thérapeutique par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique</b>		
	Kyste ou abcès profond		
<b>00124</b>	membre	95,85	3
<b>00324</b>	colonne ou paravertébral	141,50	4
	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse		
<b>09472</b>	thoracique (P.A.D.T. 1.4)	169,80	4
<b>00508</b>	médiastinale	94,30	4
<b>09473</b>	abdominale	196,70	4
<b>09474</b>	Pseudokyste pancréatique par voie trans-gastrique	123,35	

INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE

<b>00458</b>	Arthrographie	23,70	2
<b>09475</b>	Arthrographie d'une prothèse articulaire	35,60	2
	Bronchographie incluant l'anesthésie locale et l'intubation trachéo-bronchique		
<b>00892</b>	unilatérale	41,35	4
<b>00893</b>	bilatérale	58,25	4
	Cavernosographie		

<b>09476</b>	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)	106,75	
<b>00483</b>	Cystographie/urétrographie, néphrostographie, examen de vessie iléale	21,90	2
<b>09477</b>	Injection intraveineuse ou intra-musculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	6,80	
<b>00441</b>	Fistulographie	14,80	
<b>00442</b>	Galactographie	24,85	
<b>00465</b>	Herniographie	22,50	
<b>00444</b>	Kyste mammaire, aspiration	21,30	
<b>00445</b>	Kyste rénal, ponction-aspiration et injections subséquentes	82,35	2
<b>00481</b>	Laryngographie/pharyngogramme (incluant l'anesthésie locale et la laryngoscopie indirecte)	48,10	
<b>00462</b>	Lymphographie, incluant dissection	46,20	3
<b>09478</b>	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	103,10	
<b>00155</b>	Opacification des sinus paranasaux	7,50	
<b>09479</b>	Phlébographie par ponction osseuse	103,10	
<b>00200</b>	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	21,20	
<b>00451</b>	Sialographie	39,65	
<b>00453</b>	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	96,20	3

## 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.

<b>08510</b>	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	17,80	
<b>08511</b>	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	67,10	
<b>08507</b>	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	17,80	
<b>08508</b>	45 minutes ou plus, supplément	53,40	
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.		
<b>08553</b>	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie, lésions non cutanées	90,10	
<b>08509</b>	plus de 45 minutes, supplément	24,85	
<b>08554</b>	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	177,85	
<b>08555</b>	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	148,20	
<b>08513</b>	Traitement par isotopes métabolisés	36,80	3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
CURIETHÉRAPIE

<b>08514</b>	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radio-active liquide	36,80	3
<b>08515</b>	Application de radio-isotope par plaque	29,15	3
<b>08516</b>	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	629,70	
<b>08517</b>	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	503,95	
<b>08518</b>	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	25,25	
<b>08519</b>	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	14,25	
<b>08520</b>	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	25,25	
<b>08566</b>	Implantation d'un ou de plusieurs marqueurs permanents en vue de repérage d'un organe ou d'une tumeur	41,45	3
<b>08551</b>	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	125,70	5
<b>08552</b>	Radiothérapie de contact intra-cavitaire (vagin)	125,70	4

## CURIETHÉRAPIE

<b>08521</b>	Étude de dosimétrie prévisionnelle	38,00	
<b>08522</b>	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie	56,90	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
<b>08524</b>	bronches (P.A.D.T. 1.4)	62,85	5
<b>08527</b>	col utérin (maximum 2 applications/patient pour la curiethérapie à bas débit) (P.A.D.T. 1.4)	75,90	4
<b>08528</b>	corps utérin (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08541</b>	vagin (cavité vaginale) (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08544</b>	voies biliaires (P.A.D.T. 1.4)	62,85	3
<b>08556</b>	oesophage (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08557</b>	cavité buccale (moulage) (P.A.D.T. 1.4)	41,45	4
<b>08558</b>	nasopharynx (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08559</b>	rectum (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08560</b>	anus (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
<b>08523</b>	anus (P.A.D.T. 1.4)	125,70	4
<b>08525</b>	cavité buccale excluant la langue (P.A.D.T. 1.4)	125,70	6
<b>08526</b>	cerveau (P.A.D.T. 1.4)	125,70	5
<b>08529</b>	ganglions (P.A.D.T. 1.4)	209,15	4
<b>08530</b>	hypopharynx (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
<b>08531</b>	langue, portion mobile (P.A.D.T. 1.4)	125,70	5
<b>08532</b>	lèvres (P.A.D.T. 1.4)	94,85	3
<b>08533</b>	médiastin (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
<b>08534</b>	oropharynx, incluant la base de la langue (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
<b>08535</b>	peau (P.A.D.T. 1.4)	74,95	4
<b>08536</b>	pénis (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3

<b>08537</b>	rectum (P.A.D.T. 1.4)	189,80	4
<b>08538</b>	sein (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
<b>08539</b>	tissus conjonctifs après résection (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
<b>08540</b>	tissus conjonctifs sans résection (P.A.D.T. 1.4)	251,45	3
<b>08542</b>	vagin (paroi vaginale) (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
<b>08543</b>	vessie (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
<b>08561</b>	prostate (P.A.D.T. 1.4)	189,80	4
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
<b>08562</b>	implant interstitiel	69,30	
<b>08563</b>	implant endocavitaire	41,45	
	Insertion de substance radioactive		
<b>08545</b>	temporaire	47,40	3
<b>08546</b>	permanente	189,80	3
<b>08547</b>	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	31,35	
<b>08548</b>	Retrait du matériel radioactif (P.A.D.T. 1.4)	35,60	
<b>08549</b>	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	83,00	4
<b>08550</b>	Retrait du matériel d'implantation (P.A.D.T. 1.4)	47,40	

## SOINS INTENSIFS (réf.: Préambule général, règle 2.11)

<b>20018</b>	Induction de l'hypothermie thérapeutique	261,55	
<b>20019</b>	Installation pour ventilation en position ventrale	261,55	
<b>20020</b>	Mesure de la tension intra-abdominale	26,15	

**AVIS :** *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens.*

## UROLOGIE

<b>00154</b>	Aspiration de la vessie par trocart avec mise en place d'un tube sus-pubien (P.A.D.T. 1.4)	67,10	3
<b>00302</b>	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 (P.A.D.T. 1.4)	29,40	3
<b>00725</b>	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux	84,90	
<b>00312</b>	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique ou interprétation ou les deux	42,45	3
	<b>Cystoscopies (incluant l'urétroscopie et la dilatation urétrale et l'injection de colorant)</b>		
	NOTE : la cystoscopie peropératoire n'est pas payable si le patient a subi une cystoscopie préalable au cours des trente (30) jours précédents.		
<b>00320</b>	cystoscopie diagnostique ou urétroscopie ou les deux (y compris la recherche de trajet fistuleux)	56,60	3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
UROLOGIE

<b>00315</b>	avec ablation d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre ou de la vessie (P.A.D.T. 1.4)	106,15	2
<b>00316</b>	avec électrocoagulation ou biopsie ou excision ou les deux de lésions vésicales et/ou urétrales	73,60	2
<b>00317</b>	avec méatotomie urétérale, pour sténose	88,95	2
<b>00318</b>	avec résection d'un urétérocèle	88,95	2
	avec cathétérisme des uretères, unilatéral ou bilatéral :		
<b>00319</b>	diagnostique	63,70	3
<b>00314</b>	avec extraction ou tentative d'extraction d'un calcul urétéral par panier	128,10	2
<b>00709</b>	installation par cystoscopie d'un cathéter urétéral double J, incluant la dilatation urétérale, le cas échéant	141,50	2
<b>09407</b>	Cystoscopie et refoulement rétrograde ou tentative (toute manoeuvre) de refoulement pyélique d'un calcul urétéral lombaire, incluant les sondes de drainage	140,30	2
	Dilatation de la loge prostatique, par ballon hyperbare, incluant la cysto-urétroscopie sous anesthésie générale		
<b>00361</b>	première intervention	130,75	3
<b>00362</b>	intervention subséquente	88,95	3
<b>00726</b>	Dilatation de la vessie par cystoscope ou cathéter pour cystite interstitielle sous anesthésie générale (cystoscopie incluse)	56,60	3
<b>00730</b>	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie générale	12,85	3
<b>00731</b>	Première dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	25,45	3
<b>00732</b>	Dilatation ultérieure d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	18,10	2
<b>00708</b>	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	139,05	2
<b>00411</b>	Extraction par les moyens simples d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre antérieur	48,25	2
<b>00321</b>	Épreuves des différences quantitatives et chimiques de la fonction rénale	65,55	2
<b>09357</b>	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	59,30	3
<b>09358</b>	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicale ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	28,25	3
<b>09310</b>	Néphroscopie percutanée avec ou sans néphrostomie, incluant biopsie et urétéroscopie descendante s'il y a lieu	177,85	2

<b>00857</b>	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	42,70	2
<b>00793</b>	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	37,00	
<b>00858</b>	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, avec ou sans la prise de pression intra-abdominale, interprétation et compte rendu	17,00	2
<b>00793</b>	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	37,00	
<b>00721</b>	Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sous anesthésie générale ou régionale (P.A.D.T. 1.4)	63,50	3
<b>09311</b>	Urétéroscopie par voie ouverte ou fermée, incluant biopsie ou néphroscopie ascendante ou les deux s'il y a lieu	130,75	2
	Urétéroscopie		
<b>00651</b>	avec exérèse de calcul ou de corps étranger de l'urètre	95,10	2
<b>00652</b>	urétéroscopie ou cysto-urétéroscopie avec urétrotomie interne non associée à une RTU	64,20	2
<b>00653</b>	urétéroscopie avec électrocoagulation ou exérèse de polypes de l'urètre postérieur	67,90	2

## DIVERS

<b>00777</b>	Mise en place d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence en établissement (P.A.D.T. 1.4)	45,25	
----	Cautérisation pour point lacrymal		<b>(Voir appareil visuel)</b>
	<b>Diabétothérapie</b>		
<b>09425</b>	Désensibilisation à l'insuline, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	169,35	
<b>09312</b>	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de quatre (4) patients diabétiques, pour une période service continu de 60 minutes ou plus	91,00	
	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		
	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun.</i>		
<b>09313</b>	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une (1) fois par patient par année)	34,65	

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
DIVERS

<b>00335</b>	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables traitement initial par patient	58,35	
<b>09315</b>	vérification du traitement, par période de trois (3) mois, par patient	49,85	
<b>00345</b>	installation initiale de la pompe et du cathéter Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.	133,50	
<b>09316</b>	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)	42,60	
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la date d'entrée en établissement.		
----	Électrolyse des cils		<b>(voir appareil visuel)</b>
<b>00272</b>	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée (dans certains établissements seulement) NOTE : voir Lettre d'entente n°7	40,30	
<b>00679</b>	Exercices thérapeutiques collectifs pré et postnataux incluant, s'il y a lieu, l'examen, la visite ou la consultation (maximum par session de 89,40 \$ au 1 <sup>er</sup> septembre 2018 et de 90 \$ au 1 <sup>er</sup> octobre 2019) NOTE : La prestation maximum payée pour une même patiente est limitée à 37,25 \$ au 1 <sup>er</sup> septembre 2018 et à 37,50 \$ au 1 <sup>er</sup> octobre 2019 pour les sessions prénatales et à 22,35 \$ au 1 <sup>er</sup> septembre 2018 et à 22,50 \$ au 1 <sup>er</sup> octobre 2019 pour les sessions postnatales. <b><u>AVIS</u></b> : Inscrire le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun.	7,50	
<b>00407</b>	Extraction de bague, acte compliqué	34,85	3
<b>00159</b>	Grattage, pelage, taillage de callosités (en cabinet, au bénéfice d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus)	9,05	
<b>00521</b>	Manipulation d'une (1) ou de plusieurs articulations	6,80	
<b>00523</b>	Manipulations vertébrales	6,80	
<b>09384</b>	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une (1) ou plusieurs	32,05	
<b>00628</b>	Mise en place d'un pantalon antichoc incluant le contrôle et, le cas échéant, l'enlèvement	42,00	
<b>00861</b>	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique 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	124,55	
<b>20028</b>	interprétation	45,80	
<b>00578</b>	Pansement de vingt (20) cm <sup>2</sup> ou plus, en cabinet Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance	11,20	

	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs	
<b>09385</b>	interprétation	12,35
<b>09386</b>	technique et interprétation	42,45
	Oculopléthysmographie (deux (2) yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :	
<b>09387</b>	interprétation	11,85
<b>09388</b>	technique et interprétation	35,60
	Photopléthysmographie	
	Étude des flots avec enregistrement graphique	
	flots supraorbitaires	
<b>09389</b>	interprétation	11,85
<b>09390</b>	technique et interprétation	25,70
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts	
<b>09391</b>	interprétation	13,15
<b>09392</b>	technique et interprétation	24,65
	mesure du reflux veineux bilatéral	
<b>09393</b>	interprétation	11,85
<b>09394</b>	technique et interprétation	25,70
	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	
<b>09395</b>	interprétation	12,35
<b>09396</b>	technique et interprétation	42,45
	à l'effort	
<b>09397</b>	technique et interprétation	42,45
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts	
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre	
<b>09398</b>	interprétation	13,15
<b>09399</b>	technique et interprétation	56,60
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance	
<b>00353</b>	technique et interprétation	35,60
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques	
<b>00137</b>	interprétation	12,35
<b>00138</b>	technique et interprétation	47,40
<b>20179</b>	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	696,20
<b>20180</b>	si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale supplément, le jour du décès cardiocirculatoire	261,50
	NOTE : Les codes 20179 et 20180 peuvent être réclamés par un seul médecin par jour.	

- NOTE : MÉDECINE HYPERBARE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables au médecin omnipraticien désigné par les parties négociantes et qui détient une nomination et des privilèges spécifiques en médecine hyperbare dans une installation d'un établissement reconnu par les parties négociantes.

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)

<b>00837</b>	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	284,60
<b>09346</b>	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	83,00
<b>00838</b>	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	54,45

**AVIS :** Indiquer la durée supplémentaire du traitement.

<b>09347</b>	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	11,85
--------------	--	-------

**AVIS :** Indiquer la durée supplémentaire du traitement.

Surveillance

(le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)

<b>00839</b>	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	167,25
<b>09348</b>	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	48,80
<b>00840</b>	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	27,90

**AVIS :** Indiquer la durée supplémentaire de la surveillance.

<b>09349</b>	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	6,90
--------------	--	------

**AVIS :** Indiquer la durée supplémentaire de la surveillance.

<b>20084</b>	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	29,65
--------------	---	-------

**AVIS :** Indiquer l'heure de début du service.

Voir la règle 2.4.7.3. D du préambule général.

## TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES

**AVIS :** Voir la [Lettre d'entente n° 8](#) et son annexe 1 dans le Manuel des médecins omnipraticiens – Brochure n° 1.

Le tarif n'est pas soumis au 2<sup>e</sup> alinéa de la règle 1.3

du préambule particulier de l'onglet [C – Actes diagnostiques et thérapeutique](#).

Par séance, (peu importe le nombre et le type de traitements dispensés) 12,95

**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** : Utiliser l'élément de contexte **Traitement de physiothérapie supplémentaire** pour :

- le traitement d'une personne de 65 ans ou plus par du personnel auxiliaire en clinique de physiothérapie désignée;
- le traitement de toute personne assurée par un médecin en cabinet.

## 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 21,80

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 RAMQ 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 – établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire.

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE

## 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 et le bloc paracervical.

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.

#### 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 facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de facturation indiqué dans le [Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

## 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.

## 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.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.**

## 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** : *L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit s'assurer que sa facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de facturation paraissant dans le [Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte.](#)*

## 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** : Utiliser l'élément de contexte **Remplaçant au cours d'une anesthésie**.

*Indiquer l'heure du début de l'intervention commencée par l'autre médecin. La durée de l'intervention d'un médecin remplaçant est calculée à l'aide de l'heure de début et de l'heure de fin du service.*

## **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.

## **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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Anesthésie simultanée pour une procédure obstétricale ou Anesthésie simultanée pour une urgence grave**.

## **15.00 MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

**15.01** 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).

**15.02** Pour les fins de ces majorations, sont réputés constituer des services anesthésiques les services de l'onglet anesthésie, l'ensemble des services réclamés en rôle 2 et, en centre hospitalier 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.

## 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 : 16,05 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et 16,20 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**AVIS :** *Pour un service rendu en rôle 2 ou en rôle 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée en tout temps.*

*Pour un service pour lequel les unités de durée ne sont pas payables, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.*

*Pour un supplément, inscrire la même heure de début que celle du service pour lequel le supplément est facturé. Inscrire la même heure de fin que celle de début.*

## ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Réséction 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	
00920	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie	4*

<b>00965</b>	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	
<b>00924</b>	avec ou sans appareil de traction	4*
	Maxillectomie	
<b>00930</b>	partielle	9*
<b>00936</b>	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	4*
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
<b>00937</b>	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	4*
<b>00938</b>	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	4*
<b>00949</b>	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	4*
	Intervention sur le trijumeau	
<b>00950</b>	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*
<b>00953</b>	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)	
<b>00957</b>	repositionnement bilatéral	9*
<b>00959</b>	diminution	7*
<b>00925</b>	Curetage sous-gingival	4*

## ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
<b>00907</b>	sans la présence d'un anesthésiste	47,10
<b>00908</b>	avec la présence d'un anesthésiste	24,50
	NOTE : cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour le médecin.	

## ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

	<b>Accouchement ou période du travail, ou les deux</b>	
<b>00921</b>	sous anesthésie générale	8
<b>00910</b>	sous anesthésie régionale par injection unique	8

<b>00911</b>	<p>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</p>	14
	<p>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.</p> <p>- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.</p>	

## ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

<b>00915</b>	<p>Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen maximum par jour</p>	<p>10,10 38,60</p>
<b>00939</b>	<p>Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère Épidurale continue pour soulager la douleur pour les premières quarante-huit (48) heures</p>	100,75
<b>00933</b>	<p>chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, les visites, la surveillance et les injections (P.G. 2.4.7.3 C) après quarante-huit (48) heures</p>	216,05
<b>00935</b>	<p>réinjections et/ou examens, et/ou visites par jour, par patient (P.G. 2.4.7.3 C)</p>	40,30
<b>00952</b>	<p>Épidurale différentielle incluant les examens, les visites et consultations, les injections et la surveillance (P.G. 2.4.7.3 C) 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), intrapleurale, incluant les examens, les visites et les consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections</p>	216,05
<b>00997</b>	<b>période de 24 heures ou moins</b>	4
<b>00998</b>	<b>période de plus de 24 heures</b>	8
<b>00999</b>	<b>période de plus de 96 heures, par jour, supplément</b>	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

<b>00988</b>	<b>période de 24 heures ou moins</b>		4
<b>00989</b>	<b>période de plus de 24 heures</b>		8
<b>01900</b>	<b>période de plus de 96 heures, par jour, supplément</b>		3
<b>01901</b>	Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique 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.	64,20	

## INHALOTHÉRAPIE

<b>00917</b>	Examen de contrôle (P.G. 2.2.9 A) Maximum par jour NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour.	8,75 35,00	
<b>00984</b>	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de cinq (5) ou moins		4

## 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

<b>00928</b>	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		1*
<b>00927</b>	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C) Maximum par jour NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.	15,50 59,20	

### 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		
<b>00990</b>	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		4*
<b>00991</b>	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C) Maximum par jour	15,50 88,80	
<b>00912</b>	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngo-scope 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
<b>00940</b>	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02)		7
<b>00926</b>	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, des examens et des visites		3

## 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** : Utiliser l'élément de contexte **Utilisation du coeur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie.**

## TRANSPLANTATIONS

<b>00932</b>	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base		11*
--------------	---	--	-----

## DIVERS

<b>00981</b>	Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9)		5*
<b>00982</b>	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne		5*
<b>00954</b>	Anesthésie pour électroconvulsothérapie NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement.		4*

<b>00986</b>	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	3*
<b>00958</b>	Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9)	9*
<b>00971</b>	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	3*
<b>00972</b>	Anesthésie pour ablation de points de suture	3*
<b>00974</b>	Tamponnement nasal antérieur	3*
<b>00975</b>	Anesthésie pour tomographie par ordinateur, peu importe le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie	6*
<b>00973</b>	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie	9*
	Anesthésie pour examen ophtalmologique :	
<b>00955</b>	sans intubation	4*
<b>00956</b>	avec intubation	4*
<b>00976</b>	Anesthésie pour examen sous anesthésie générale	3*
<b>00977</b>	Anesthésie pour circulation assistée	7*
<b>00978</b>	Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	7*
<b>00979</b>	Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	6*
<b>00983</b>	Anesthésie pour télécobalthérapie	3*
<b>00985</b>	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

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION  
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

<b>DURÉE EN 1/4 D'HEURE</b>	<b>UNITÉS DE DURÉE</b>	<b>DURÉE EN 1/4 D'HEURE</b>	<b>UNITÉS DE DURÉE</b>
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

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION  
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION  
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE



## 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** : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence**.

Les honoraires d'examen, de visite ou de consultation sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 59 \$ ou moins au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 60 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

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 59 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de plus de 60 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**AVIS** : Un examen non relié à la chirurgie fait durant la période postopératoire peut être payé. Utiliser l'élément de contexte **Examen non relié à la chirurgie** et inscrire le ou les codes de diagnostic médical.

Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

#### 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).

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Soins simultanés selon le préambule particulier de chirurgie.**

## **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** : Utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin.**

Le médecin qui donne les soins postopératoires a droit au quart (1/4) de l'honoraire global. (MOD 025).

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin.**

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** : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

*Les actes dont le libellé 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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple dont l'une relève du système nerveux pratiquée à la même séance, à un site différent.**

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** : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

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** : Utiliser les éléments de contexte **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance et 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 facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal.

Utiliser le code de facturation indiqué dans le [Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.](#)

## **11. DISPOSITION TRANSITOIRE**

Les examens ou visites postopératoires effectués à compter du 1<sup>er</sup> 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 l'un des codes de facturation suivants :

<b>05920</b> durée anesthésique totale de 4 à 5 heures	R = 2
<b>05921</b> durée anesthésique totale de 5 à 6 heures	9
<b>05922</b> durée anesthésique totale de 6 à 8 heures	11
<b>05923</b> durée anesthésique totale de 8 à 10 heures	17
<b>05924</b> durée anesthésique totale de 10 à 12 heures	17
<b>05925</b> 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 1<sup>er</sup> septembre 2018, le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 98,48 \$ l'heure.

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quart d'heure (24,62 \$) de la durée de l'assistance effectuée, selon l'un des codes de facturation 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.

Indiquer la durée de l'assistance chirurgicale. Le rôle 1 est obligatoire.

### 13. SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

En dehors du contexte visé par le Préambule particulier d'anesthésie, le médecin qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (excluant le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un acte chirurgical désigné par les parties soit effectué, a droit à un supplément aux honoraires de l'acte de 28 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2018 et de 28,30 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Le médecin ne peut alors cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention (P.C. 13). Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

**AVIS :** Utiliser le code de facturation **70100**.

## F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

R = 1 R =  
2

**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 le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation d'un plateau de chirurgie.*

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.*

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

<b>01005</b>	sus-fascial ou sus-aponévrotique; unique ou multiple (P.C. 13)	17,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	24,65	2
<b>01006</b>	sous-fascial ou sous-aponévrotique; unique ou multiple (P.C. 13)	90,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	92,40	2
<b>01001</b>	panaris	21,20	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,10	2
<b>01002</b>	anthrax (exérèse en bloc)	88,95	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A)	96,80	2
<b>01003</b>	palmaire ou plantaire (P.C. 13)	83,80	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	92,80	2
----	avec implication de gaine tendineuse (voir musculo-squelettique)		
<b>01004</b>	périanal (P.C. 13)	51,25	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	54,35	2
----	ischio-rectal (voir système digestif)		

## **Hématome**

incision et drainage d'un hématome ou d'un sérome :

<b>01007</b>	sus-fascial ou sus-aponévrotique	10,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	18,20	2
<b>01008</b>	sous-fascial ou sous-aponévrotique	90,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	100,25	2
<b>01023</b>	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	8,90	

----	en cabinet	18,20
<b>01009</b>	fenestration d'un ongle pour évacuation d'hématome	10,00
----	en cabinet	18,20
	<b>Excision conventionnelle ou au laser</b> (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

<b>01164</b>	diamètre de trois (3) cm ou moins (P.C. 13)	18,55	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	30,95	2
<b>01156</b>	diamètre de quatre (4) cm (P.C. 13)	24,80	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	36,30	2
<b>01157</b>	diamètre de cinq (5) cm (P.C. 13)	30,85	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	41,50	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
<b>01151</b>	premiers cinq (5) cm (P.C. 13)	40,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	49,75	2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre	17,10	

**AVIS :** Indiquer le diamètre de l'excision.

cuir chevelu, cou, mains, pieds, organes génitaux externes

<b>01165</b>	diamètre de trois (3) cm ou moins (P.C. 13)	15,35	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	28,15	2
<b>01158</b>	diamètre de quatre (4) cm ou cinq (5) cm (P.C. 13)	23,05	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	34,95	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
<b>01153</b>	premiers cinq (5) cm (P.C. 13)	32,30	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	42,90	2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre	14,25	

**AVIS :** Indiquer le diamètre de l'excision.

tronc, bras et jambes

<b>01166</b>	diamètre de trois (3) cm ou moins	12,20	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	25,50	2
<b>01162</b>	diamètre de quatre (4) cm	17,05	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	29,40	2
<b>01163</b>	diamètre de cinq (5) cm	21,55	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	33,60	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
<b>01155</b>	premiers cinq (5) cm	28,45	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	39,65	2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre	12,45	

**AVIS :** Indiquer le diamètre de l'excision.

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ  
Tumeurs précancéreuses de la peau  
(biopsies comprises)

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

Kystes sébacés

<b>01169</b>	face, cuir chevelu, cou (P.C. 13)	23,40	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	35,15	3
<b>01172</b>	autres localisations (P.C. 13)	19,15	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	31,40	3

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse).

<b>01198</b>	neurofibromes multiples, par lésion	15,40	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,15	4
	par lésion supplémentaire	14,25	
	maximum par séance	286,15	
	maximum par séance en cabinet	298,90	

**AVIS :** Indiquer le  
nombre de  
lésions.

Tumeurs précancéreuses de la peau  
(biopsies comprises)

	<b>paupière, nez, lèvres, muqueuses</b>		
<b>01180</b>	diamètre de un (1) cm ou moins	60,05	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	74,95	2
<b>01181</b>	diamètre de plus de un (1) cm	100,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	109,80	2
	<b>face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux</b>		
<b>01182</b>	diamètre de un (1) cm ou moins	46,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	55,00	2
<b>01183</b>	diamètre de plus de un (1) cm	70,75	2

(biopsies comprises)

----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	84,35	2
<b>01184</b>	<b>tronc, bras, jambes</b> diamètre de un (1) cm ou moins	30,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	40,95	2
<b>01185</b>	diamètre de plus de un (1) cm	50,85	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	59,10	2
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)		
	<b>AVIS</b> Lorsque : la lésion est de forme irrégulière, le nombre de centimè- res correspond au côté le plus long de la lésion.		
	Traitement des angiomes- plans par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié sous anesthésie générale :		
<b>01145</b>	par cm carré maximum par séance	23,70 237,00	3
<b>01146</b>	sans anesthésie générale : par cm carré (P.C. 13) maximum par séance	13,15 65,75	

**AVIS** : Pour les codes de  
facturation **0114**  
**5** et **01146**,  
indiquer la  
superficie traitée.

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ  
Tumeurs cancéreuses de la peau  
(biopsies comprises)

NOTE :

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.

**AVIS :** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ, si le patient a plus de 21 ans.*

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		
<b>01186</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	104,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	111,80	2
<b>01187</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	136,50	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	144,35	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
<b>01188</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	71,45	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	79,30	2
<b>01189</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	104,10	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	111,90	2
	tronc, bras, jambes :		

<b>01194</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A) <b>(P.C. 13)</b>	47,90	2
<b>01195</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	63,65	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	71,50	2
	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
<b>01199</b>	ensemble des temps (P.C. 13)	260,20	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)		
 <b>Exérèse de corps étrangers</b>			
<b>01196</b>	simple (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	26,25	3
<b>01197</b>	compliquée (P.G. 2.4.7.7 A)	231,85	4

## Cryochirurgie

### Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)

	paupière, nez, lèvres, muqueuses		
<b>01236</b>	diamètre de un (1) cm ou moins	54,00	2
<b>01237</b>	diamètre de plus de un (1) cm	86,45	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
<b>01238</b>	diamètre de un (1) cm ou moins	41,45	2
<b>01239</b>	diamètre de plus de un (1) cm	63,70	2
	tronc, bras, jambes		
<b>01240</b>	diamètre de un (1) cm ou moins	26,95	2

<b>01241</b>	diamètre de plus de un (1) cm	46,30	2
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)		
	<b><u>AVIS</u></b> : Voir l'avis sous le code de facturation <b>01185</b>		
	<b>Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) (Il s'agit de centimètres de résection)</b>		
	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
<b>01242</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	92,55	2
<b>01243</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13) face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux	135,75	2
<b>01244</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	71,10	2
<b>01245</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13) tronc, bras, jambes	98,95	2
<b>01246</b>	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	54,00	2
<b>01247</b>	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	68,05	2

### Lipectomie fonctionnelle

<b>01208</b>	abdominale avec ou sans réparation d'hernie ombilicale ou diastasis des grands droits ou les deux (correction de tablier graisseux)	296,50	6
--------------	---	--------	---

<b>01209</b>	diastasis des grands droits	176,50	4
<b>01214</b>	autres régions Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé	231,25	4
<b>01210</b>	sous anesthésie locale	71,10	
<b>01211</b>	sous anesthésie générale	106,75	4

**AVIS :** *Pour les codes de facturation **01208**, **01210**, **01211** et **01214**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*  
*Pour le code de facturation **01214**, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.*

### Onyctomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant)

<b>01215</b>	simple (P.C. 13)	19,15	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	31,40	3
<b>01216</b>	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (P.C. 13)	52,20	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	68,15	3

### Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien)

<b>01217</b>	excision simple (P.C. 13)	219,35	3
<b>01220</b>	excision et plastie (P.C. 13)	261,85	3
<b>01221</b>	marsupialisation (P.C. 13)	213,30	3

### Verrue

fulguration incluant le  
rasage **(voir Cautérisation, 1300)**

	cryothérapie incluant le rasage			<b>(P.G. Annexe 1)</b>
	chimiothérapie			<b>(P.G. Annexe 1)</b>
	Excision chirurgicale non faciale			
<b>01222</b>	première (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	16,65	3	
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune	4,05		
	maximum seize (16) verrues supplémentaires			
	faciale			
<b>01223</b>	première (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	29,40	3	
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune	9,80		
	maximum dix (10) verrues supplémentaires			
	plantaire			
<b>01225</b>	première (P.G. 2.4.7.7 A)	21,95	3	
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune	5,50		
	maximum onze (11) verrues supplémentaires par séance			
	<b><u>AVIS</u></b> Pour les codes : de facturation <b>0122</b> <b>2, 01223</b> et <b>01225</b> , inscrire le nombre d'excisions.			
<b>01227</b>	en mosaïque (excision totale) par séance	67,40		
-----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	75,25		
<b>01224</b>	excision totale et plastie	100,20	3	
	NOTE :			

1) Si fait au Laser, le tarif est majoré de 50 %. MOD 056.

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte

**Fait au laser.**

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**

<b>01300</b>	Électrocoagulation première lésion (P.G. 2.4.7.7 B)	7,30	2
	lésion supplémentaire maximum par séance	2,05	
		19,60	

**AVIS :** Inscrire le nombre de lésions.

<b>01302</b>	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)	237,20	
	première couche		
	chaque couche supplémentaire (maximum : cinq (5) couches supplémentaires)	29,65	

**AVIS :** *Inscrire le nombre de couches.*

<b>01304</b>	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	533,70	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.**

<b>01320</b>	moins de un (1) cm (P.C. 13)	27,50	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	38,80	
	par cm supplémentaire	10,45	
----	valeur maximum en établissement	236,50	
----	valeur maximum en cabinet	247,80	
	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.		
<b>01323</b>	moins de un (1) cm (P.C. 13)	17,75	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	30,30	
	par cm supplémentaire	4,60	
----	valeur maximum en établissement	141,95	

----	valeur maximum en cabinet	154,50	
	<p><b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>0132 0 et 01323</b>, indiquer la longueur de la réparation.</p>		
	<p><b>Lacérations compliquées</b></p>		
	<p>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.</p>		
	<p>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.</p>		
<b>01322</b>	face et cou		
	moins de deux centimètres et demi (2,5 cm) (P.C. 13)	73,35	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	83,50	
	par deux centimètres et demi (2,5 cm) supplémentaires	44,00	
	Maximum payable en établissement pour l'ensemble des plaies	733,35	

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ  
Brûlures

	Maximum payable en cabinet pour l'ensemble des plaies	743,50	
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la longueur de la réparation.		
<b>01325</b>	plaies étendues, multiples ou compliquées (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13) Plaie	145,30	4
<b>01326</b>	exploration d'une plaie sous anesthésie exploration, sans réparation, d'une plaie complexe, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13) 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.	35,00	2
<b>01327</b>	chaque unité de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13) valeur maximum	4,90 83,30	3
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer la longueur de la réparation.		

**Brûlures**

	simples (1 <sup>er</sup> degré) <i>inclus dans le tarif de l'examen ou autre service associé</i>		
	importantes (2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> degré)		
	traitement initial, incluant débridement et pansement		
<b>01330</b>	moins de 10 % de la surface corporelle en cabinet	28,25	2
----		39,80	2
<b>01331</b>	entre 10 à 30 % (P.C. 13)	93,60	2
<b>01332</b>	plus de 30 % (P.C. 13)	144,90	4
	traitement subséquent, incluant débridement		
<b>01800</b>	changement de pansements de 20 cm carrés ou plus, par quart d'heure	21,25	2
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer la durée du traitement.</i>		
01334	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant débridement	153,40	6
<b>01321</b>	injection multiples de Kenalog sous anesthésie générale ou dans un centre désigné, par quart d'heure	56,60	5
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer la durée de l'intervention (injections).</i>		

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

<b>01324</b>	par unité folliculaire	2,30
	maximum par séance	2 875,00
	maximum par patient	5 500,00

**AVIS** : *Inscrire* :

- le nombre d'unités folliculaires;
- le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.

### 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.

<b>01335</b>	Prélèvement de greffon cutané par un médecin autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	89,85	3
--------------	--	-------	---

<b>01370</b>	Xéno greffe cutanée moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	67,55	2
<b>01371</b>	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	130,75	2
<b>01372</b>	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés	256,70	2
		1,25	
	<b>AVIS :</b> Indiquer la superficie de la greffe.		

### Greffes par glissement, rotation ou transposition

	Lambeau		
<b>01365</b>	unique avec fermeture de la région donneuse (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	141,50	3
<b>01366</b>	unique avec greffe libre à la région donneuse	163,40	3
<b>01367</b>	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (P.C. 13)	247,65	3
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement		
<b>01373</b>	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (P.C. 13)	555,20	5
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
<b>01353</b>	sans microchirurgie avec microchirurgie sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez <b>(voir greffe libre)</b>	770,05	5
<b>01368</b>	en un temps (P.C. 13)	163,40	3
<b>01369</b>	en deux temps	237,20	4

<b>01336</b>	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 (P.C. 13)	533,70	7
--------------	--	--------	---

### Greffe pédiculée (à distance)

<b>01380</b>	stage majeur directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (P.C. 13)	207,55	5
<b>01381</b>	directe avec greffe libre à la région donneuse (P.C. 13)	266,80	6
<b>01382</b>	stage secondaire transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (P.C. 13)	148,20	4
<b>01383</b>	section du pédicule ou fermeture tardive (P.C. 13)	118,55	3
<b>01384</b>	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	61,65	3

### Greffe libre

<b>01362</b>	bout du doigt (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	55,15	4
<b>01363</b>	doigt, plus qu'une phalange (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	125,80	4
<b>01350</b>	tête et cou moins de vingt-cinq (25) cm carrés (P.C. 13)	209,15	4
<b>01351</b>	vingt-cinq (25) cm carrés à cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	272,75	5

<b>01352</b>	plus de cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	385,10	5
	dans une cavité :		
<b>01355</b>	orbite avec greffe muqueuse	231,25	4
<b>01356</b>	cavité nasale (P.C. 13)	142,35	3
<b>01357</b>	cavité buccale	177,85	3
<b>01358</b>	sous une greffe pédiculée	98,05	3
<b>01359</b>	cavité osseuse importante	142,35	3
	autres régions		
<b>01341</b>	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	135,95	3
<b>01342</b>	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés (P.C. 13)	246,65	3
<b>01343</b>	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés (P.C. 13)	513,45	3
	chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés maximum par séance	5,25 775,95	
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer la superficie de la greffe.</i>		
<b>01385</b>	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) (P.C. 13) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil	296,50	7
<b>01423</b>	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	784,40	14
<b>01424</b>	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	711,50	14
<b>01425</b>	lambeau libre microanastomosé incluant prise du greffon pédicule vasculaire, un (1) ou plusieurs	1 660,15	17

<b>01426</b>	pédicule neurovasculaire, un (1) ou plusieurs	1 778,80	17
<b>01427</b>	cutané supplément	118,55	
<b>01428</b>	musculaire, supplément	118,55	
<b>01429</b>	osseux, supplément	118,55	
<b>01430</b>	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	193,45	
<b>01431</b>	nerveuse, supplément	130,75	
<b>01387</b>	Lambeau jambes croisées	474,30	7
<b>01389</b>	Prélèvement de fascia lata (P.C. 13)	68,85	6
<b>01394</b>	Reconstruction du mamelon par greffe (P.C. 13)	207,55	3
	<b><u>AVIS</u></b> : Utiliser l'élément de contexte <b>Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.</b>		
<b>01395</b>	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	148,20	4
	<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>01394</b> et <b>01395</b> , inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.		

## Dermabrasion : Sablage

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage		
<b>01390</b>	face entière pour cicatrices	254,90	2
<b>01310</b>	plus de cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	185,00	4

<b>01311</b>	de vingt-cinq (25) cm à cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	118,55	4
<b>01312</b>	de zéro (0) à vingt-cinq (25) cm carrés (P.C. 13)	88,95	3

### Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
<b>01405</b>	moins de quatre (4) cm (P.C. 13)	89,85	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	97,65	3
<b>01406</b>	de quatre (4) cm à dix (10) cm (P.C. 13)	118,55	3
<b>01416</b>	de onze (11) cm à vingt (20) cm (P.C. 13)	177,85	4
<b>01417</b>	de vingt et un (21) cm et plus (P.C. 13)	251,45	3

**AVIS :** Pour les codes de facturation **01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416** et **01417**, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou, s'il y a lieu, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.**

### Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou

<b>01437</b>	moins de quatre (4) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	89,85	3
<b>01438</b>	de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés	118,55	3
<b>01439</b>	de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés	177,85	4

<b>01440</b>	de vingt et un (21) cm carrés et plus	251,45	3
	NOTE : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.		
	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.		
	<b>AVIS :</b> <i>Pour tous les codes de facturation de la section Seins (sauf 01234 et 01435), utiliser l'un des éléments de contexte suivant :</i>		
	- <b>Intervention côté droit;</b>		
	- <b>Intervention côté gauche.</b>		

## Seins

	<b>Incision</b>		
<b>01011</b>	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7 B) (P.C. 13)	73,35	4
	<b>Excision</b>		
<b>01201</b>	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein (P.C. 13)	184,15	4

<b>01202</b>	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	240,55	4
<b>01205</b>	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne (P.C. 13)	219,10	4
<b>01228</b>	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	584,25	4
<b>01230</b>	Mastectomie simple ou totale	390,90	4
<b>01233</b>	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale	272,75	4
<b>01234</b>	bilatérale	442,85	4
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	<b><u>AVIS</u> : Pour les codes de facturation 01233 et 01234, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.</b>		
<b>01231</b>	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	667,80	5
<b>01232</b>	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	800,90	7
<b>01176</b>	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (P.C. 13)	156,90	3

	NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique		
<b>01235</b>	Excision du mamelon	71,85	3
	<b>Réparation</b>		
	<b>AVI</b> Pour les codes		
	<b>S :</b> de facturation <b>0140</b>		
	<b>1, 01402, 01407,</b>		
	<b>01410, 01419</b>		
	et <b>01465</b> , inscrire le		
	numéro de		
	l'autorisation		
	accordée au		
	préalable par la		
	RAMQ.		
	Toute intervention		
	chirurgicale liée à		
	un processus de		
	reconstruction		
	mammaire post		
	mastectomie pour		
	une tumeur		
	maligne, que ce		
	soit sur le sein		
	mastectomisé ou		
	sur le sein		
	contralatéral, est		
	d'emblée autorisée.		
	Ceci s'applique aux		
	codes de		
	facturation <b>01401,</b>		
	<b>01402, 01407,</b>		
	<b>01410, 01419</b>		
	et <b>01465</b> .		
	Dans ce cas, utiliser		
	l'élément de		
	contexte <b>Post</b>		
	<b>mastectomie</b> .		
<b>01401</b>	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale	332,05	5

<b>01402</b>	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 239,20	9
	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal		
<b>01407</b>	sans implant	770,80	9
<b>01410</b>	avec implant	889,35	9
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
<b>01403</b>	avec greffe de mamelon, supplément	228,25	
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
<b>01434</b>	unilatérale	404,40	5
	<b>AVIS :</b> La réduction mammaire unilatérale s'applique uniquement à la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).		
<b>01435</b>	bilatérale (P.C. 13)	714,75	5
	<b>AVIS :</b> La réduction mammaire bilatérale s'applique uniquement à la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).		
<b>01436</b>	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	74,90	
<b>01465</b>	Mastopexie	385,35	5
<b>01408</b>	Exérèse de prothèse mammaire (P.C. 13)	41,45	3
<b>01409</b>	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (P.C. 13)	166,05	3
<b>01419</b>	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (P.C. 13)	296,50	3

### Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement

<b>01418</b>	Exérèse des glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose (P.C. 13)	118,55	2
<b>01412</b>	Exérèse des glandes sudoripares pour hydrosadénite suppurée sans greffe (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	160,45	2
<b>01413</b>	avec greffe (P.C. 13)	177,85	2

### Fistule cutanée

<b>01414</b>	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	58,85	3
<b>01415</b>	Profonde sous-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	94,80	3

### Chirurgie plastique

<b>01451</b>	Intervention très mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	47,90	3
<b>01452</b>	Intervention mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	96,25	4
<b>01453</b>	Intervention moyenne (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	153,60	4
<b>01454</b>	Intervention majeure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	207,55	5
<b>01455</b>	Intervention très importante (P.C. 13)	372,15	9
<b>01460</b>	Modelage facial	474,30	5
<b>01461</b>	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	C.S.	10
	Implantation de matière allogène :		
<b>01456</b>	Fil d'Orion	154,20	2
<b>01458</b>	Pectus excavatum	296,50	4

<b>01459</b>	À la face pour combler dépression post- traumatique (P.C. 13)	148,20	4
<b>01462</b>	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (P.C. 13)	136,40	3
<b>01463</b>	Mise en place sous- cutanée d'une prothèse gonflable de distension cutanée, incluant les gonflements (P.C. 13)	296,50	4
<b>01464</b>	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (P.C. 13)	195,60	4

**AVIS** : Pour les codes de  
facturation **01463**  
et **01464**, utiliser  
l'élément de contexte  
**Intervention côté  
droit ou Intervention  
côté gauche.**

**AVIS** : Pour les codes de  
facturation **01458**,  
**01460**, **01463**  
et **01464**, inscrire  
le numéro de  
l'autorisation  
accordée au  
préalable par  
la RAMQ.  
Ne pas fournir le  
compte rendu  
opératoire mais  
le conserver au  
dossier de  
la patiente pour  
référence.

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ  
Chirurgie plastique

## 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 :** Voir l'article 2 du préambule particulier de l'onglet [E – 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 60 \$ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

**AVIS :** Le terme *membre* fait référence aux sites anatomiques prévus sous les sections Extrémités – Membres supérieurs et Extrémités – Membres inférieurs.

Lors de réduction ouverte de fracture ou de luxation dont le tarif est soumis à l'article 2.01, 3<sup>e</sup> 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 :** Utiliser l'élément de contexte **Réduction ouverte**.

**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.

**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.

**AVIS** : *Le terme membre fait référence aux sites anatomiques prévus sous les sections*  
Extrémités – Membres supérieurs et Extrémités – Membres inférieurs.

**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, 3<sup>e</sup> alinéa.

**AVIS** : *Pour le médecin qui effectue l'acte principal, utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin.**

*Pour le médecin traitant, utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin.**

**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**).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.**

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un (1) ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif (**MOD 050**) pour le traitement de chaque os mineur.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

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**).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

Lorsque les deux (2) fractures sont reliées à une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture (**MOD 029**).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation.**

**2.06** L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est, s'il y a réduction ouverte, majoré de la moitié (**MOD 039**).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ouverte.**

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**).

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.**

Toutefois, s'il y a une 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.

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Reprise de la réduction fermée.**

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.

**2.09** On accorde un honoraire de 118 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 120 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 030).

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie.**

On accorde un honoraire de 59 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 60 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 064).

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie.**

On accorde un honoraire de 118 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 120 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction (MOD 169).

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction.**

**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 une anesthésie et une incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y compris l'anesthésie locale.

**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**).

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre.**

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif (**MOD 150**).

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Deuxième approche par voie différente, à la même séance.**

**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 une analyse extemporanée (**MOD 172**).

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale.**

**AVIS :** S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## CRÂNE ET FACE

### *Arthroplastie*

**02339** temporo-mandibulaire unilatérale 535,95 5

### *Biopsie*

**09550** ouverte (unique ou multiple) (P.C. 13) 183,80 4

### *Manipulation sous anesthésie générale*

**02862** temporo-mandibulaire 29,75 3

### *Excision*

**02206** condylectomie unilatérale 294,15 3

**09551** tumeur bénigne (P.C. 13) 337,90 4

**09552** tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse 445,85 5

**02112** hémimandibulectomie 320,30 4

**02203** mandibulectomie totale 462,50 7

**02204** maxillectomie supérieure totale 469,35 7

**02205** maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite 569,20 11

**02207** ménissectomie temporo-mandibulaire 266,80 3

### *Fractures*

arcade zygomatique :

**02512** réduction ouverte 125,00 4

crâne

traitement opératoire (non soumis au paragraphe 2.06 de l'appareil du musculo-squelettique)

fracture simple avec enfoncement

**07500** dure-mère intacte 438,80 9

**07501** avec déchirure de la dure-mère 503,95 9

**07502** avec traumatisme cérébral important 492,10 9

**07503** intéressant les sinus 528,85 9

**07504** plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée 533,70 9

fracture ouverte avec enfoncement

**07505** dure-mère intacte 438,80 9

**07506** avec déchirure de la dure-mère 549,00 9

**07507** avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.) 664,10 14

maxillaire inférieur

**02505** immobilisation par bandage de Barton ou autre 73,15

**02509** réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire 227,80 3

réduction ouverte, fracture unique ou multiple

**02520** unilatérale 567,30 5

**02521** bilatérale 764,85 7

<b>02517</b>	condylectomie (pour fracture du condyle)	195,60	4
<b>02523</b>	méniscectomie	268,00	3
<b>02524</b>	ablation de l'apophyse coronoïde maxillaire supérieur	91,30	2
<b>02502</b>	fixation inter-maxillaire	171,95	3
<b>02508</b>	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	327,30	4
<b>02515</b>	réduction ouverte	195,60	6
<b>02516</b>	fracture 1/3 moyen de la face	637,95	9
<b>02518</b>	disjonction cranio-faciale nez	711,15	11
<b>02527</b>	réduction (P.C. 13) os malaire	105,35	3
<b>02507</b>	réduction fermée réduction ouverte	77,10	4
<b>02513</b>	simple	166,05	4
<b>02514</b>	avec ostéosynthèse	355,75	4
<b>02522</b>	par voie sinusale	266,80	4
	<i>Incision et drainage</i>		
<b>02113</b>	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	588,40	3
<b>09553</b>	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face	286,95	3
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
<b>02525</b>	réduction fermée (P.C. 13)	77,55	3
<b>02526</b>	réduction ouverte	183,90	3
	<i>Ostéotomie</i>		
<b>02017</b>	maxillaire inférieur unilatéral maxillaire supérieur unilatéral	647,15	7
<b>02018</b>	sans greffe osseuse (P.C. 13)	554,55	9
<b>02019</b>	avec greffe osseuse	683,05	14
<b>02009</b>	ostéotomie dento-alvéolaire	458,90	9
<b>02031</b>	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en deux (2) ou plusieurs sections	683,05	9
<b>02032</b>	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	613,10	9
<b>02088</b>	avec apertognathie ou latérogathie reconstruction totale de l'orbite ostéotomie et greffe osseuse	694,90	11
<b>02089</b>	par voie intracrânienne	1 280,70	17
<b>02090</b>	par voie extracrânienne	1 138,30	14
	<i>Reconstruction</i>		
<b>02048</b>	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	415,05	11
<b>02367</b>	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (P.C. 13)	413,90	11
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
SQUELETTE AXIAL

	correction d'hypertélorisme		
<b>02443</b>	voie intracrânienne	2 371,70	17
<b>02444</b>	voie extracrânienne	1 778,80	17
<b>02099</b>	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	498,05	9
	avancement total du maxillaire		
<b>02479</b>	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 986,30	17
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
<b>02446</b>	simple	1 298,25	14
<b>02447</b>	en deux (2) segments	1 328,10	14
<b>02448</b>	en trois (3) segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 699,60	17
<b>02336</b>	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement	695,55	11
<b>02337</b>	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	505,95	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 :

<b>02169</b>	approche abdominale :	169,60	
<b>02170</b>	approche thoracique :	391,40	
<b>02171</b>	approche thoraco-abdominale :	586,95	
	Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8 du préambule particulier de chirurgie.		
	<i>Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe</i>		
	greffe seulement		
<b>02915</b>	un (1) niveau	628,50	9
<b>02916</b>	deux (2) niveaux	628,50	9
<b>02917</b>	trois (3) niveaux ou plus	754,15	11
	greffe avec instrumentation		
<b>02182</b>	un (1) niveau	879,90	11
<b>02183</b>	deux (2) niveaux	879,90	11
<b>02184</b>	trois (3) niveaux ou plus	1 004,40	14
<b>02213</b>	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	313,10	5
<b>02223</b>	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	118,55	3
	<i>Biopsie</i>		
<b>02119</b>	corps vertébral	302,35	5
<b>02109</b>	d'un élément postérieur	156,55	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

<b>02755</b>	lombaire	769,95	14
<b>02758</b>	dorsale ou cervicale	814,70	14
<b>02763</b>	avec greffe, supplément	326,15	
<b>02830</b>	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	456,45	
<b>02832</b>	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	521,70	

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.)

<b>02837</b>	un niveau, supplément	586,95	
<b>02838</b>	deux niveaux ou plus, supplément	652,25	

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

<b>02210</b>	un (1) niveau	646,25	11
<b>02217</b>	deux (2) niveaux ou plus	800,40	11

lombaire

<b>02216</b>	un (1) niveau	684,55	6
	chaque niveau supplémentaire	105,95	

**AVIS** : Indiquer le nombre de niveaux.

avec greffe

cervicale ou dorsale

<b>02910</b>	un (1) ou plusieurs niveaux	872,75	11
--------------	-----------------------------	--------	----

lombaire

<b>02922</b>	un (1) niveau	754,15	11
<b>02924</b>	deux (2) niveaux ou plus	879,90	11

avec greffe et instrumentation

cervicale ou dorsale

<b>02923</b>	un (1) ou plusieurs niveaux	1 042,60	14
--------------	-----------------------------	----------	----

lombaire

<b>02022</b>	un (1) niveau	879,90	11
<b>02024</b>	deux (2) niveaux ou plus	1 004,40	14

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
SQUELETTE AXIAL

	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
<b>02173</b>	un (1) niveau	821,00	11
<b>02196</b>	deux (2) niveaux ou plus	814,70	11
	avec greffe et instrumentation		
<b>02140</b>	un (1) ou plusieurs niveaux	847,85	14
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
<b>02087</b>	un (1) niveau	517,05	11
<b>02111</b>	deux (2) niveaux ou plus	589,35	11
	avec greffe		
<b>02117</b>	un (1) niveau	754,15	11
<b>02124</b>	deux (2) niveaux ou plus	879,90	11
	avec greffe et instrumentation		
<b>02128</b>	un (1) niveau	879,90	11
<b>02136</b>	deux (2) niveaux ou plus	1 004,40	11
	avec remplacement par prothèse		
<b>02942</b>	un (1) niveau	948,75	11
<b>02947</b>	deux (2) niveaux ou plus	1 185,80	14
	<i>Excision</i>		
<b>02123</b>	apophyse épineuse	156,55	4
<b>02272</b>	apophyse transverse	549,00	7
<b>02274</b>	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	879,90	11
<b>02211</b>	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 195,35	17
<b>02221</b>	greffe et instrumentation, supplément	456,45	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
<b>02142</b>	un niveau, supplément	586,95	
<b>02143</b>	deux niveaux ou plus, supplément	652,25	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	<i>Exérèse</i>		
<b>02313</b>	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	432,75	5
	<i>Fracture - colonne</i>		
	NOTE : <b>1)</b> S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; ( <b>MOD 057</b> )		
	<b>AVIS :</b> Utiliser l'élément de contexte <b>Fracture avec lésion neurologique.</b>		
	<b>2)</b> Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), la deuxième chirurgie est payable à 90 %; ( <b>MOD 150</b> )		
	<b>AVIS :</b> Utiliser l'élément de contexte <b>Deuxième approche par voie différente, à la même séance.</b>		

**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)**

**AVIS : Selon la situation, utiliser l'élément de contexte Effectue la réduction chirurgicale de la colonne sans l'approche chirurgicale ou Effectue l'approche chirurgicale de la colonne sans la réduction chirurgicale.**

	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
<b>09569</b>	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	340,15	4
	réduction ouverte		
<b>09570</b>	approche postérieure	549,00	17
<b>09571</b>	approche postérieure avec greffe osseuse	754,15	17
<b>09572</b>	approche postérieure avec instrumentation	879,90	17
<b>09573</b>	approche postérieure avec instrumentation et greffe	1 004,40	17
<b>09574</b>	approche antérieure	517,05	17
<b>09575</b>	approche antérieure avec greffe osseuse	754,15	17
<b>09576</b>	approche antérieure avec instrumentation	796,85	17
<b>09577</b>	approche antérieure avec instrumentation et greffe	1 004,40	17
<b>02226</b>	vissage de l'odontoïde	1 096,90	17
	fracture sacrum		
<b>02582</b>	réduction ouverte	346,50	3
	coccyx		
<b>02214</b>	excision	169,50	3
	<i>Incision et drainage</i>		
	séquestrectomie et drainage		
<b>02044</b>	par voie antérieure	754,15	9
<b>02045</b>	par voie postérieure	503,35	5
<b>02026</b>	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	628,50	11
	<i>Ostéotomie</i>		
	de la colonne		
<b>02025</b>	un (1) niveau	1 068,00	11
	chaque niveau supplémentaire	169,45	
	maximum	1 406,90	
	<b><u>AVIS</u> : Indiquer le nombre de niveaux.</b>		
	avec greffe		
<b>02003</b>	un (1) niveau, supplément	314,20	
<b>02004</b>	deux (2) niveaux, supplément	314,20	
<b>02005</b>	trois (3) niveaux ou plus, supplément	377,15	
	avec greffe et instrumentation		
<b>02133</b>	un (1) niveau, supplément	440,00	
<b>02134</b>	deux (2) niveaux, supplément	440,00	
<b>02135</b>	trois (3) niveaux ou plus, supplément	503,95	

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
SQUELETTE AXIAL

	<i>Ponction (aspiration, injection)</i>		
<b>02329</b>	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	332,05	4
<b>02298</b>	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	340,15	4
	<i>Scoliose</i>		
	correction par approche postérieure du rachis sans instrumentation (in situ)		
<b>02450</b>	premier niveau	626,10	11
	niveau supplémentaire	117,35	
	maximum	743,45	
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de niveaux.		
<b>02343</b>	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 524,95	17
<b>02166</b>	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	391,40	
	correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation		
<b>02458</b>	thoracique ou abdominale	628,50	14
<b>02459</b>	thoraco-abdominale	784,70	17
<b>02460</b>	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	156,55	
	avec instrumentation		
<b>02461</b>	thoracique ou abdominale	1 255,80	14
<b>02462</b>	thoraco-abdominale	1 413,50	17
<b>02463</b>	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	151,05	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
<b>02228</b>	premier niveau	486,15	11
<b>02229</b>	par niveau relâché et greffé, supplément	65,20	
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de niveaux supplémentaires.		
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
<b>02283</b>	temps antérieur	1 096,90	17
<b>02284</b>	temps postérieur	863,35	17
<b>02293</b>	temps combinés	1 280,70	17
<b>02340</b>	avec instrumentation et greffe, supplément	456,45	
<b>02341</b>	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	539,05	7
<b>02399</b>	relâchement musculotendineux de la concavité	346,50	5
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
<b>02362</b>	un niveau	626,10	5
	niveau supplémentaire	158,95	
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de niveaux.		

NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'instrumentation segmentaire.

<b>02369</b>	thoracoplastie	470,75	5
<b>02532</b>	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéломéningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc. tractions pour scoliose	1 096,90	17
<b>02856</b>	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	156,55	
<b>02686</b>	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	314,20	6
<b>09555</b>	exérèse de l'appareillage	130,50	3
<b>02860</b>	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	162,85	

## THORAX

### *Biopsie*

<b>02066</b>	costale ouverte	250,65	4
--------------	-----------------	--------	---

### *Excision*

<b>02114</b>	de première côte	435,75	5
<b>02116</b>	de côte cervicale de côte avec drainage	379,40	5
<b>02167</b>	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	392,15	5
<b>02168</b>	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	929,70	9

### *Fracture*

<b>02539</b>	de côtes, avec complication du sternum	C.S.	7
<b>02533</b>	réduction fermée	73,60	3
<b>02535</b>	réduction ouverte	215,85	5
<b>02540</b>	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	431,00	5

### *Reconstruction - Réparation*

<b>02503</b>	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondro plastie)	910,75	14
<b>02504</b>	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	191,20	4

**AVIS :** Inscire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.

## BASSIN

### *Amputation*

<b>02215</b>	hémipelvectomie	1 138,30	14
<b>09560</b>	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 436,90	17

### *Arthrodèse*

<b>02935</b>	sacro-iliaque	549,00	7
--------------	---------------	--------	---

### *Biopsie osseuse*

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
SQUELETTE AXIAL

<b>02062</b>	ouverte	271,00	3
	<i>Désinsertion</i>		
<b>02029</b>	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	392,55	3
	<i>Excision</i>		
<b>02130</b>	tumeur bénigne sans greffe	424,90	4
<b>02131</b>	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	549,00	9
<b>02132</b>	tumeur maligne sans greffe	470,75	7
<b>02137</b>	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	681,85	9
	<i>Exérèse</i>		
<b>02519</b>	de plaque et vis	295,50	7
<b>02528</b>	de matériel symphyse pubienne	156,55	3
	<i>Fractures</i>		
<b>02581</b>	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	260,20	4
<b>02584</b>	acétabulum, réduction ouverte	692,95	7
<b>02580</b>	acétabulum, avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe bassin	1 494,15	17
<b>02579</b>	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	128,10	
<b>02583</b>	réduction ouverte : pubis	549,00	6
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes		
<b>02771</b>	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 255,80	14
<b>02772</b>	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	1 246,00	14
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
<b>02773</b>	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 087,15	14
<b>02707</b>	fracture de malgaigne instable avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 705,55	17
	<i>Grefe osseuse</i>		
<b>02774</b>	greffe osseuse au bassin NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	387,75	5
	<i>Incision et drainage</i>		
<b>02775</b>	abcès d'ostéomyélite	314,20	3
<b>02776</b>	fenestration ou forage	236,00	4
<b>02777</b>	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	243,05	3
	<i>Luxation sacro-iliaque</i>		
<b>02676</b>	réduction fermée seule (P.C. 13)	66,10	3
<b>02567</b>	réduction fermée, traction, spica, etc	148,90	4
<b>02572</b>	réduction ouverte	754,15	7
	<i>Ostéotomie</i>		

<b>02000</b>	type Salter	754,15	5
<b>02001</b>	type Chiari ou « shelf »	879,90	7
<b>02002</b>	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 195,35	17

## EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

*Pour les codes de facturation de la section Extrémités – Membres supérieurs, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- AVIS :**  
- **Intervention côté droit;**  
- **Intervention côté gauche.**

### ÉPAULE

**AVIS :** *Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

#### *Amputation*

<b>02281</b>	désarticulation gléno-humérale	653,80	5
<b>02282</b>	désarticulation interscapulo-thoracique	910,75	9

#### *Arthrodèse*

<b>02925</b>	gléno-humérale	754,15	7
<b>02965</b>	scapulo-thoracique	647,45	9

#### *Arthrolyse*

<b>02973</b>	gléno-humérale	680,35	7
--------------	----------------	--------	---

#### *Arthroplastie*

<b>02370</b>	hémi-arthroplastie gléno-humérale	680,35	4
<b>02407</b>	prothèse totale gléno-humérale	1 049,95	7

#### *Arthroscopie*

<b>02034</b>	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	222,90	4
<b>02035</b>	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement artériel exérèse de souris ou de corps étranger	294,75	4

#### *Arthrotomie*

Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :

<b>02037</b>	gléno-humérale	340,15	4
--------------	----------------	--------	---

#### *Biopsie*

	clavicule ou omoplate		
<b>02084</b>	à l'aiguille	23,15	3
<b>02085</b>	ouverte	236,00	4

#### *Examen et manipulation*

<b>02833</b>	Examen et manipulation sous anesthésie générale	141,15	3
--------------	---	--------	---

#### *Excision*

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

<b>02120</b>	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	360,85	4
<b>02115</b>	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	274,60	3
<b>02220</b>	tête humérale	353,85	4
<b>02778</b>	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omo-vertébral	327,30	4
<b>02779</b>	tumeur bénigne clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	470,75	5
<b>02780</b>	tumeur maligne de la clavicule sans greffe	489,80	5
<b>02781</b>	tumeur maligne de la clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	474,30	7
	<i>Exérèse</i>		
<b>02974</b>	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (P.C. 13)	141,15	3
<b>02975</b>	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	219,35	4
<b>02976</b>	de prothèse simple	314,20	4
<b>02977</b>	de prothèse totale	392,55	5
	<i>Fracture</i>		
	clavicule		
<b>02559</b>	immobilisation simple	45,80	2
<b>02537*</b>	réduction ouverte	369,90	4
	omoplate		
<b>02534*</b>	réduction fermée	79,65	4
<b>02536*</b>	réduction ouverte, col et/ou glène	498,05	6
	<i>Greffe</i>		
<b>02346</b>	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	340,15	4
	<i>Luxation</i>		
	acromio-claviculaire		
<b>02545*</b>	réduction fermée	49,65	3
<b>02548*</b>	réduction ouverte	375,00	5
	gléno-humérale		
<b>02546*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	79,65	3
<b>02549*</b>	réduction ouverte	561,85	4
<b>02573</b>	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	445,80	5
<b>02575</b>	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	638,30	5
<b>02576</b>	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	750,05	5
	sterno-claviculaire		
<b>02544*</b>	réduction fermée de luxation postérieure seulement (P.C. 13)	49,65	3
<b>02547*</b>	réduction ouverte	375,00	5
	<i>Ostéotomie</i>		
<b>02095</b>	clavicule	314,20	4

<b>02094</b>	omoplate	392,55	5
	<i>Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant</i>		
<b>02144</b>	pour rupture du tendon du biceps proximal	267,45	4
<b>02145</b>	pour rupture du tendon du biceps distal	445,80	5
	coiffe des rotateurs		
<b>02156</b>	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	561,85	4
<b>02157</b>	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	647,70	5
<b>02158</b>	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	519,05	4
	<i>Scapulopexie</i>		
<b>02344</b>	pour élévation congénitale (scapula alata)	754,15	7
	<i>Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)</i>		
<b>02231</b>	gléno-humérale	470,75	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	<i>Transposition</i>		
<b>02857</b>	un tendon	433,15	3
<b>02858</b>	deux tendons ou plus	534,80	4
<b>02859</b>	supplément pour libération de contracture dans le même temps	136,95	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

## BRAS (HUMÉRUS)

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

*Allongement ou correction incluant l'ostéotomie*

Allongement

<b>02892</b>	avec ou sans greffe	1 130,15	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
<b>02839</b>	un (1) niveau	785,00	11
<b>02840</b>	deux (2) niveaux	1 232,20	14
<b>02841</b>	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	968,85	11

*Amputation*

<b>02280</b>	au bras	457,35	4
--------------	---------	--------	---

*Biopsie osseuse*

<b>02174</b>	à l'aiguille	25,50	3
<b>02175</b>	ouverte	236,00	3

*Excision*

tumeur bénigne

<b>02176</b>	sans greffe	236,00	4
<b>02177</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	549,00	5
<b>02193</b>	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	863,35	14

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

	tumeur maligne		
<b>02178</b>	sans greffe	628,50	6
<b>02179</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	754,15	7
<b>02181</b>	extensive avec reconstruction	1 107,30	14
<b>02194</b>	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	1 413,50	17
<b>02195</b>	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	243,05	5
----	excision de la tête humérale		(voir épaule)
	<i>Exérèse</i>		
<b>02318</b>	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (P.C. 13)	155,70	4
<b>02375</b>	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal	202,10	4
<b>02319</b>	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	327,30	4
	<i>Fasciotomie</i>		
<b>02011</b>	au bras	260,20	4
	<i>Fractures</i>		
	col chirurgical sans luxation de la tête		
<b>02605*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
<b>02568*</b>	réduction fermée et fixation percutanée	332,65	5
<b>02630*</b>	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	651,15	5
	col chirurgical avec luxation de la tête		
<b>02606*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	158,50	4
<b>02598*</b>	réduction fermée et fixation percutanée	404,40	5
<b>02631*</b>	réduction ouverte	680,35	5
	<b>AVIS :</b> Les actes codifiés <b>02605 à 02631</b> sont soumis aux dispositions du 3 <sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet <a href="#">G</a> – <a href="#">Appareil musculo-squelettique</a> .		
<b>02655</b>	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	816,45	7
	trochin-trochiter		
<b>02632*</b>	réduction ouverte	392,55	5
	diaphyse		
<b>02608*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	159,25	4
<b>02633*</b>	réduction ouverte	744,10	5
<b>02911</b>	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément	100,45	
	sus ou transcondylienne		
<b>02609*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	183,35	4
<b>02640*</b>	réduction fermée et fixation percutanée	340,15	4
<b>02634*</b>	réduction ouverte	750,05	5
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
<b>02610*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	78,40	4
<b>02912*</b>	réduction fermée et fixation percutanée	267,45	5
<b>02635*</b>	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	375,00	5
<b>02921*</b>	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée	404,40	5

	<i>Greffe osseuse</i>		
<b>02363</b>	humérus	269,55	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	<i>Incision et drainage</i>		
<b>02990</b>	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	313,10	4
	<i>Ostéotomie</i>		
<b>02033</b>	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant	426,90	5

## COUDE

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

	<i>Amputation</i>		
<b>02279</b>	désarticulation au coude	196,85	3
	<i>Arthrodèse</i>		
<b>02927</b>	du coude	549,00	5
	<i>Arthrolyse</i>		
<b>02983</b>	radio-humérale	340,15	4
<b>02984</b>	huméro-cubitale et radio-humérale (P.C. 13)	470,75	7
<b>02913</b>	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 047,05	11
	<i>Arthroplastie</i>		
<b>02371</b>	simple	549,00	5
<b>02404</b>	par prothèse totale	879,90	7
	<i>Arthroscopie</i>		
<b>02985</b>	du coude (P.C. 13)	156,55	4
<b>02986</b>	du coude avec biopsie	142,35	4
<b>02987</b>	du coude avec exérèse de corps étranger	236,00	4
	<i>Arthrotomie</i>		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
<b>02039</b>	du coude	172,60	3
<b>02510</b>	du coude pour arthrite septique	314,20	4
	<i>Désinsertion</i>		
<b>02042</b>	épicondyliens ou épitrochléens (P.C. 13)	169,50	3
	<i>Examen et manipulation</i>		
<b>02834</b>	Examen et manipulation, sous anesthésie générale	130,50	3
	<i>Excision</i>		
<b>02222</b>	tête radiale	340,15	4
<b>02230</b>	tête radiale avec remplacement	392,55	3
	<i>Exérèse</i>		
<b>02988</b>	de prothèse simple	156,55	4

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

<b>02989</b>	de prothèse totale	340,05	5
	<i>Luxation</i>		
<b>02662*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	3
<b>02668*</b>	réduction ouverte	424,90	4
<b>02657</b>	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (P.C. 13)	54,35	3
	<i>Neurectomie</i>		
<b>02129</b>	neurectomie	340,15	5
	<i>Réparation</i>		
<b>02197</b>	de rupture ligamentaire	314,20	4
	<i>Reconstruction</i>		
<b>02159</b>	ligamentaire du coude	519,05	5
	<i>Synovectomie</i>		
<b>02232</b>	du coude (P.C. 13)	340,15	5

**AVANT-BRAS**

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

*Allongement ou correction incluant ostéotomie*

	Allongement cubitus ou radius, ou les deux		
<b>02538</b>	avec ou sans greffe	392,55	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
<b>02541</b>	un (1) niveau	1 130,15	11
<b>02542</b>	deux (2) niveaux	1 255,80	14
<b>02543</b>	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 130,15	11

*Amputation*

<b>02278</b>	amputation	333,20	3
--------------	------------	--------	---

*Biopsie - radius ou cubitus*

<b>02991</b>	à l'aiguille	46,25	3
<b>02992</b>	ouverte	260,20	4

*Excision*

<b>09548</b>	olécrâne avec ou sans fascia plastie	260,20	4
	tumeur - radius ou cubitus		
<b>02993</b>	tumeur bénigne (P.C. 13)	172,60	4
<b>02994</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	628,50	7
<b>02746</b>	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	879,90	11
<b>02995</b>	tumeur maligne	569,20	7
<b>02996</b>	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	754,15	7
<b>02997</b>	résection extensive et reconstruction	879,90	14
<b>02722</b>	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	1 004,40	14
<b>02723</b>	avec prothèse, supplément	195,60	2

*Exérèse*

<b>02315</b>	plaque et vis - radius (P.C. 13)	172,60	4
<b>02314</b>	plaque et vis - cubitus	172,60	4
<b>02316</b>	plaque et vis - radius et cubitus	314,20	4
<b>02317</b>	clou ou broche - radius ou cubitus (P.C. 13)	155,70	3
<b>02998</b>	clou ou broche - radius et cubitus (P.C. 13)	136,95	3
<i>Fasciotomie</i>			
<b>02020</b>	un compartiment	432,75	4
<b>02021</b>	deux ou plusieurs compartiments	605,30	5
<i>Fractures</i>			
<b>02612*</b>	olécrâne - réduction fermée	78,70	3
<b>02636*</b>	olécrâne - réduction ouverte	346,50	4
	fracture de Monteggia		
<b>02624*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
<b>02649*</b>	réduction ouverte	432,75	5
	diaphyse, apophyse coronoïde		
<b>02570*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	58,40	3
<b>02571*</b>	réduction ouverte	432,75	5
	fracture - cubitus seul		
<b>02586*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
<b>02587*</b>	réduction ouverte	375,00	4
	fracture - radius seul		
<b>02589*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	95,55	3
<b>02599*</b>	réduction ouverte	424,90	5
	fracture - radius et cubitus		
<b>02651*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	127,35	3
<b>02652*</b>	réduction ouverte	648,70	7
	fracture épiphyse distale - radius et cubitus		
<b>02654*</b>	réduction fermée intra ou extra-articulaire (P.C. 13)	111,50	3
<b>02735*</b>	réduction fermée et fixation par broches	219,35	4
<b>02736*</b>	réduction ouverte	468,50	5
	tête ou col du radius		
<b>02769*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	99,80	3
<b>02361*</b>	réduction fermée et embrochage percutané	222,90	4
<b>02770*</b>	réduction ouverte	342,10	5

**AVIS :** Les actes codifiés **02612 à 2770** sont soumis aux dispositions du 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet [G – Appareil musculo-squelettique](#).

*Greffe*

<b>02359</b>	cubitus	314,20	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<b>02358</b>	radius	314,20	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<b>02360</b>	radius et cubitus	405,55	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

*Incision et drainage*

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

<b>02900</b>	radius	346,50	4
<b>02901</b>	cubitus	346,50	4
<b>02902</b>	radius et cubitus	594,35	5
	<i>Séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation</i>		
<b>02903</b>	radius	392,55	3
<b>02904</b>	cubitus	392,55	4
<b>02905</b>	radius et cubitus	535,95	7
	<i>Ostéotomie</i>		
<b>02906</b>	radius ou cubitus	432,75	3
<b>02907</b>	radius et cubitus	605,30	7
	<i>Reconstruction</i>		
<b>02365</b>	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	754,15	7
	<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>		
<b>02908</b>	cubitus ou radius avec ou sans greffe	468,50	4
<b>02909</b>	cubitus et radius avec ou sans greffe	498,05	7
<b>09579</b>	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre (P.C. 13)	223,60	4
<b>09580</b>	Transfert tendineux à l'avant-bras (P.C. 13)	392,55	5
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale		
<b>02389</b>	Transposition et réinsertion d'un muscle à l'avant-bras maximum	431,50 863,00	4
	<b><u>AVIS</u></b> : Inscrire le nombre de services.		

## MAIN ET POIGNET

**AVIS** : Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

### *Amputation*

<b>02271</b>	amputation d'une (1) ou plusieurs phalanges d'un doigt (P.C. 13)	148,60	4
<b>02273</b>	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	148,60	4
<b>09581</b>	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (P.C. 13)	243,05	3
<b>02275</b>	amputation de la main transmétacarpienne (P.C. 13)	237,20	3
<b>02276</b>	désarticulation du poignet (P.C. 13)	392,55	3

### *Allongement*

	phalanges et métacarpiens		
<b>02914</b>	un (maximum de 640,65 \$) (P.C. 13)	213,55	4

**AVIS** : Indiquer le nombre de phalanges et de métacarpiens.

### *Arthrodèse*

<b>02928</b>	pouce (P.C. 13)	408,25	4
<b>02929</b>	doigt (P.C. 13)	273,70	4
<b>02926</b>	poignet (P.C. 13)	549,00	4

### *Arthrolyse*

<b>02006</b>	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (P.C. 13)	785,00	11
	<i>Arthroplastie</i>		
<b>02373</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (P.C. 13)	263,15	4
<b>02067</b>	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (P.C. 13)	470,65	5
<b>02372</b>	poignet (P.C. 13)	314,20	6
<b>02409</b>	prothèse totale du poignet (P.C. 13)	628,50	7
<b>02659</b>	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (P.C. 13)	594,35	5
	<i>Arthroscopie</i>		
<b>02956</b>	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (P.C. 13)	183,80	4
<b>02958</b>	avec débridement, supplément	125,80	
<b>02960</b>	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	183,80	
	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.		
	<i>Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation</i>		
	NOTE : Les actes 02040, 02932, 02038 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
<b>02040</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	104,50	3
<b>02932</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (P.C. 13)	235,30	4
<b>02038</b>	poignet (P.C. 13)	142,35	3
<b>02933</b>	poignet avec arthrite septique	314,20	4
	<i>Biopsie</i>		
<b>02934</b>	à l'aiguille, main et poignet	48,10	3
<b>02939</b>	ouverte, main et poignet (P.C. 13)	137,25	4
	<i>Décompression</i>		
<b>02383</b>	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 (P.C. 13)	183,90	3
	NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de dix (10) cm intéressant au moins deux (2) tendons fléchisseurs (C.S.)		
<b>02382</b>	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (P.C. 13)	228,75	3
	<i>Excision</i>		
<b>02219</b>	carpe, un (1) os ou plusieurs (P.C. 13)	243,05	4
<b>02895</b>	ménisectomie radio-cubitale	284,60	3
<b>02139</b>	extrémité inférieure (styloïde radiale) ou exostose du radius avec ou sans remplacement de l'extrémité distale du radius	236,00	4

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

<b>02138</b>	extrémité inférieure (styloïde cubitale) ou exostose du cubitus avec ou sans remplacement de la tête cubitale (P.C. 13) tumeur bénigne	156,55	4
<b>02783</b>	phalange, métacarpien (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13) <b>AVIS</b> : Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).	137,25	4
<b>02784</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (P.C. 13)	219,45	3
<b>02785</b>	carpe (P.C. 13)	156,55	4
<b>02786</b>	carpe avec greffe (P.C. 13) tumeur maligne	367,65	7
<b>02787</b>	phalange, métacarpien (P.C. 13)	236,00	3
<b>02788</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (P.C. 13)	268,00	4
<b>02789</b>	carpe (P.C. 13)	370,10	6
<b>02790</b>	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (P.C. 13)	498,05	7
<b>02791</b>	résection extensive et reconstruction (P.C. 13)	664,10	14
<i>Exérèse</i>			
	prothèse		
<b>02792</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	151,65	3
<b>02650</b>	carpe (P.C. 13)	236,00	4
<b>02793</b>	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges, métacarpiens et carpe (P.C. 13)	163,40	4
<i>Fractures</i>			
	carpe (un (1) ou plusieurs os, scaphoïde et semi-lunaire exceptés)		
<b>02618*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
<b>02642*</b>	réduction ouverte scaphoïde, semi-lunaire	255,45	5
<b>02620*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	3
<b>02643*</b>	réduction ouverte (P.C. 13)	340,15	5
	métacarpien		
<b>02621*</b>	réduction fermée, un (1) ou plusieurs (P.C. 13)	55,15	3
<b>02616*</b>	réduction ouverte, ou réduction fermée et fixation par broche transosseuse (P.C. 13)	254,70	4
	fracture de Bennett		
<b>02622*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	55,15	3
<b>02627*</b>	réduction fermée et fixation par broche transosseuse	202,75	4
<b>02646*</b>	réduction ouverte	290,10	4
	phalange proximale et/ou moyenne (P1-P2)		
<b>02623*</b>	réduction fermée (P.C. 13) chaque réduction supplémentaire pour la même main	49,65 13,80	3
<b>AVIS</b> : Inscrive le nombre de réductions.			
<b>02225*</b>	réduction fermée et embrochage percutané (P.C. 13)	151,05	4
<b>02647*</b>	réduction ouverte (P.C. 13)	219,35	4
	phalange distale (P3)		
<b>02626*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	33,55	3
<b>02628*</b>	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (P.C. 13)	134,60	3
<b>02648*</b>	réduction ouverte (P.C. 13)	164,05	4

<b>02896</b>	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (P.C. 13)	169,80	4
	<i>Fascia</i>		
<b>02554</b>	fasciotomie compartiment interosseux, un (P.C. 13) (maximum)	148,60 297,20	4
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de fasciotomies. pour maladie de Dupuytren		
<b>02125</b>	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (P.C. 13)	219,35	4
<b>02126</b>	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (P.C. 13)	297,15	6
	<i>Grefe osseuse ou cartilagineuse ou les deux</i>		
<b>02658</b>	métacarpe, phalange (P.C. 13) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	243,05	4
<b>02674</b>	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (P.C. 13) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	202,85	3
<b>02897</b>	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse) (P.C. 13) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	462,40	4
	<i>Incision et drainage</i>		
<b>02682</b>	phalange, métacarpien	186,80	4
<b>02697</b>	carpe séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	137,50	3
<b>02698</b>	phalange, métacarpien (P.C. 13)	124,55	4
<b>02699</b>	carpe (P.C. 13)	202,85	5
<b>02704</b>	abcès palmaire et gaine tendineuse (P.C. 13)	156,55	4
	<i>Luxation</i>		
	<i>interphalangienne</i>		
<b>02666*</b>	réduction fermée, une (1) (P.C. 13) chaque réduction supplémentaire pour la même main	35,30 10,00	3
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de réductions.		
<b>02671*</b>	réduction ouverte métacarpo-phalangienne	168,30	4
<b>02664*</b>	réduction fermée, une (1) (P.C. 13) chaque réduction supplémentaire pour la même main	49,65 9,95	3
	<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de réductions.		
<b>02670*</b>	réduction ouverte poignet	161,85	4
<b>02663*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	3
<b>02669*</b>	réduction ouverte carpo-métacarpienne	424,90	5
<b>02677*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	49,65	3
<b>02678*</b>	réduction ouverte	236,00	4
<b>02679*</b>	réduction fermée avec broche percutanée	160,00	4
	<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie générale</i>		

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02836</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	29,75	3
<b>02835</b>	poignet (P.C. 13)	141,15	3
	<i>Ostéotomie</i>		
<b>02706</b>	phalange proximale (P.C. 13)	235,30	3
<b>02713</b>	phalange moyenne (P.C. 13)	142,35	4
<b>02717</b>	phalange distale (P.C. 13)	169,80	4
<b>02718</b>	métacarpe (P.C. 13)	142,35	3
	<i>Réparation</i>		
<b>02898</b>	ligaments métacarpo-phalangiens (P.C. 13)	219,35	4
<b>02198</b>	ligaments du poignet (P.C. 13)	295,95	4
	<i>Reconstruction ligamentaire</i>		
<b>02726</b>	métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	260,40	4
<b>02160</b>	poignet avec greffe de tissus (P.C. 13)	231,25	5
	<i>Synovectomie</i>		
<b>02227</b>	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	148,60	4
<b>02741</b>	poignet (P.C. 13)	268,00	5
	<i>Syndactylie</i>		
<b>02377</b>	avec greffe de commissure (P.C. 13)	426,90	4
	<i>Ténotomie correctrice</i>		
<b>02050</b>	un (1) doigt (P.C. 13)	131,95	4
<b>02750</b>	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (P.C. 13)	140,05	3
	<i>Tendon</i>		
<b>02368</b>	transplantation d'un (1) doigt sur un (1) doigt adjacent sauf pollicisation	326,90	5
<b>09582</b>	pollicisation ou transfert d'un (1) doigt à un (1) doigt non adjacent	569,20	7
<b>09583</b>	Transfert tendineux, poignet ou main maximum	469,60 939,20	5
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer le nombre de transferts tendineux.</i>		
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
<b>09585</b>	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre Reconstruction d'un tendon (greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies	397,70	4
<b>09586</b>	en un (1) temps (P.C. 13) en deux (2) temps	426,90	7
<b>09587</b>	premier temps (P.C. 13)	426,90	7
<b>09588</b>	deuxième temps (P.C. 13)	385,10	5

## EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

**AVIS** : *Pour les codes de facturation de la section Extrémités – Membres inférieurs, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche.**

## HANCHE

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

<i>Amputation</i>			
<b>02296</b>	désarticulation de la hanche	879,90	11
<i>Arthrodèse</i>			
<b>02936</b>	primaire	879,90	11
<b>02930</b>	post résection de tête fémorale	877,50	14
<i>Arthroscopie</i>			
<b>02419</b>	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire (P.C. 13)	404,40	3
<i>Arthroplastie</i>			
Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)			
<b>02410</b>	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	742,30	7
<b>02411</b>	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	803,20	9
<b>02333</b>	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	1 033,20	11
<b>02335</b>	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	1 182,10	11
remplacement de prothèse totale après infection :			
<b>02249</b>	en un (1) seul temps (incluant exérèse de prothèse)	1 359,30	14
en deux (2) temps :			
<b>02251</b>	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire)	589,65	9
<b>02254</b>	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	847,15	11
<b>02614</b>	prothèse totale après arthrodèse	1 384,55	17
<b>02257</b>	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 439,85	17
NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un autre médecin			
<b>02259</b>	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	735,30	9
<b>02260</b>	remplacement de composante fémorale complète seulement	861,30	11
<b>02342</b>	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire	1 315,00	14
<b>02261</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément	299,60	3
<b>02262</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	301,50	3
<b>02263</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	524,30	3

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02266</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément	524,30	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02261, 02262, 02263 et 02266 ne peuvent être facturés avec les codes d'acte 02747, 02748, 02702, 02700, 02500 et 02501.		
	<i>Arthrotomie</i>		
<b>02055</b>	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	549,55	4
	<i>Excision</i>		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	<i>Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)</i>		
<b>02320</b>	prothèse simple	561,85	4
<b>02321</b>	prothèse totale	680,35	7
<b>02794</b>	clous ou vis	217,40	4
<b>02795</b>	clou-plaque, plaque et vis	432,75	5
	<i>Luxation</i>		
	traumatique		
<b>02619*</b>	réduction fermée sans anesthésie (P.C. 13)	96,10	
<b>02629*</b>	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale	222,90	4
<b>02757*</b>	réduction ouverte	750,05	7
	congénitale (non soumis à l'article 2.01, 3 <sup>e</sup> alinéa)		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
<b>02747</b>	unilatérale	396,15	4
<b>02748</b>	bilatérale	405,55	4
<b>02702</b>	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	879,90	7
<b>02700</b>	réduction ouverte (incluant spica)	754,15	7
<b>02500</b>	avec ostéotomie du bassin	970,05	9
<b>02501</b>	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 069,65	14
	<i>Examen et manipulation</i>		
<b>02849</b>	sous anesthésie régionale ou générale	79,25	3
<b>02483</b>	pour nécrose avasculaire incluant spica et, le cas échéant, les ténotomies	202,10	14
	<i>Synovectomie</i>		
<b>02252</b>	complète	680,35	7
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		
	<i>Ténotomie</i>		
	adducteurs		
<b>02074</b>	fermée	130,50	3
<b>02079</b>	ouverte	156,55	3
<b>02081</b>	psoas	236,00	3
<b>02086</b>	plusieurs tendons par plusieurs incisions	549,00	5
	<i>Transposition et réinsertion tendineuse</i>		
<b>02432</b>	abdominale	296,50	4

**02433** psoas iliaque 796,85 7

### CUISSE

**02434** allongement ou section de la bandelette de Maissiat 172,60 4

**02295** amputation de la cuisse 581,20 6

**02426** quadriceps plastie (incluant arthrolyse) 754,15 7

**02041** fasciotomie fémorale 314,20 4

### FÉMUR

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

#### *Allongement ou correction incluant ostéotomie*

##### Allongement

**02349** avec ou sans greffe 1 004,40 14  
avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)

**02376** un (1) niveau 1 130,15 14

**02378** deux (2) niveaux 1 309,15 17

**02379** Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie 1 024,55 11

**02484** fasciectomie préalable à l'allongement 314,20 4

#### *Biopsie*

**02796** à l'aiguille 48,10 3

**02797** ouverte 236,00 4

**02719** forage et décompression de la tête fémorale 267,45 5

**02720** avec greffe osseuse, supplément 135,70

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 549,00 4

**02952** fémur et tibia par greffe 628,50 5

**02953** fémur par crampons (agrafe) 470,75 4

**02955** fémur et tibia par crampons (agrafe) 549,00 4

**02798** grand trochanter 275,10 4

#### *Excision*

**02240** tête et col 549,00 4

##### tumeur bénigne col et/ou tête

**02799** sans greffe 680,35 5

**02801** avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant 900,05 7

##### tumeur bénigne autre que col et/ou tête

**02802** sans greffe 378,35 4

**02803** avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant 692,95 7

**02816** avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire 1 255,80 14

##### tumeur maligne

**02808** sans greffe 692,95 7

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02811</b>	avec greffe ou remplacement par prothèse	831,50	7
<b>02812</b>	résection extensive et reconstruction	1 530,05	14
<b>02561</b>	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 413,50	17
<b>02562</b>	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	289,45	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
<b>02307</b>	bande métallique (une ou plusieurs)	172,60	4
<b>02310</b>	clou, incluant le verrouillage proximal	336,40	4
<b>02302</b>	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	370,75	4
<b>02899</b>	plaque et vis	375,00	4
<b>02894</b>	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	71,90	3
<i>Fracture</i>			
	col ou intertrochantérienne		
<b>02637*</b>	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins	151,05	4
<b>02638*</b>	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans	172,60	4
	réduction ouverte		
<b>02687*</b>	vis percutanée	519,05	7
<b>02716*</b>	clou et plaque	651,10	9
<b>02714</b>	greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3 <sup>e</sup> alinéa)	753,00	9
	col ou pertrochantérienne		
<b>02739*</b>	réduction ouverte et ostéotomie	680,35	9
<b>02688</b>	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	646,90	7
<b>02689</b>	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	89,90	
	sous trochantérienne		
<b>02742*</b>	réduction ouverte	884,95	9
	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne		
<b>02690*</b>	réduction fermée avec ou sans anesthésie	373,65	4
<b>02673*</b>	réduction ouverte fixation interne ou externe	882,05	9
<b>09589</b>	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	970,05	9
<b>09590</b>	verrouillage distal, supplément	162,35	2
<i>Greffe</i>			
<b>02412</b>	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	680,35	7
<i>Incision</i>			
<b>02269</b>	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	470,75	4
<b>02564</b>	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aiguë	470,75	4
<b>02574</b>	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	511,40	4
<i>Ostéotomie</i>			
<b>02091</b>	col fémoral	879,90	9
<b>02092</b>	métaphyse ou diaphyse, fémur	831,50	7
<i>Raccourcissement de l'os</i>			
<b>02405</b>	avec ou sans greffe	879,90	9

	<i>Transfert ou transposition</i>		
<b>02625</b>	grand trochanter seul	605,30	4
	<i>Plastie</i>		
<b>02813</b>	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)	1 950,70	17

## GENOU

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

	<i>Amputation</i>		
<b>02294</b>	désarticulation du genou	489,65	4
	<i>Arthrodèse</i>		
<b>02937</b>	simple	754,15	7
<b>02966</b>	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, dans un même temps, le cas échéant	831,50	11
	<i>Arthrolyse</i>		
<b>02016</b>	directe, toute voie d'approche	482,60	4
<b>02013</b>	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	1 130,15	11
	<i>Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)</i>		
<b>02492</b>	prothèse totale unicompartmentale	743,10	7
<b>02403</b>	prothèse totale bicompartmentale	970,05	11
	<i>Arthroplastie de remplacement</i>		
<b>18160</b>	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	679,05	9
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <b>Appareil musculo-squelettique</b> ne peut être facturé au même site à la même séance.		
<b>18161</b>	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)	1 177,40	14
	en deux temps :		
<b>18162</b>	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	970,05	11
<b>18163</b>	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	970,05	11
<b>18015</b>	changement de polyéthylène seulement	553,90	6
<b>02487</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément	306,60	3
<b>02391</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément	302,70	3

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02392</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	524,30	3
<b>02393</b>	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément	524,30	3
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <b>Appareil musculo-squelettique</b> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.		
<b>02498</b>	prothèse rotule seulement	553,90	5
<b>02499</b>	par allogreffe au fémur distal	910,75	9
<b>02442</b>	par allogreffe au tibia proximal	1 004,40	9
<b>02465</b>	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 174,00	14
<b>02473</b>	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale	141,15	3
	<i>Arthroscopie</i>		
<b>02577</b>	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (P.C. 13)	218,80	3
<b>02724</b>	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : (P.C. 13) ménisectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	319,10	3
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
	<i>Arthrotomie ou capsulotomie</i>		
<b>02056</b>	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe	375,00	4
	<i>Exérèse de prothèse</i>		
<b>02305</b>	matériel d'ostéosynthèse rotule	169,50	4
<b>09539</b>	prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire	655,15	4
<b>09540</b>	prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	314,20	3
	<i>Excision</i>		
<b>02165</b>	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	268,00	4
<b>02164</b>	kyste de Baker	340,15	4
	<i>Fracture rotule</i>		
<b>09549*</b>	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	509,60	3
<b>02680</b>	fixation de fragment ostéocondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	434,40	4

*Greffe ostéochondrale*

<b>02122</b>	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.	415,05	4
--------------	---	--------	---

*Luxation*

	genou		
<b>02737*</b>	réduction fermée incluant la surveillance (P.C. 13)	159,25	4
	rotule		
<b>02749*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
<b>02565</b>	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	432,75	4
<b>02566</b>	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	560,45	6

*Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)*

<b>02107</b>	ligament interne ou externe ou les deux	470,75	5
<b>02102</b>	croisé antérieur (technique intra-articulaire)	650,45	7
<b>02110</b>	avec tendon rotulien, supplément	154,20	2
<b>02476</b>	croisé antérieur (technique extra-articulaire)	549,00	7
<b>02103</b>	croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires)	680,35	7
<b>02121</b>	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	141,15	
<b>02105</b>	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	645,75	9
<b>02104</b>	croisé postérieur	754,15	9
<b>02172</b>	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	801,70	11
<b>02106</b>	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	795,75	11
<b>02108</b>	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	860,35	14

*Réparation (toute voie d'approche)*

<b>02477</b>	ligament interne ou externe ou les deux	519,05	5
<b>02418</b>	croisé antérieur seul	470,75	4
<b>02847</b>	croisé antérieur avec augmentation	549,00	7
<b>02425</b>	croisé postérieur seul	549,00	7
<b>02855</b>	croisé postérieur avec augmentation	754,15	9
<b>02421</b>	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	534,80	9
<b>02437</b>	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	645,75	9
<b>02438</b>	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	750,05	11
<b>02439</b>	chaque ménisectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	71,90	
<b>02475</b>	chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	222,90	

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

*Suture*

<b>02822</b>	un ménisque, toute voie d'approche	447,15	5
<b>02059</b>	tendon du quadriceps	561,85	4
<b>02061</b>	tendon rotuléen	554,50	5

*Synovectomie*

<b>02253</b>	complète du genou, toute voie d'approche	519,05	5
--------------	--	--------	---

**TIBIA ET PÉRONÉ**

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

*Allongement ou correction incluant ostéotomie*

*Allongement*

<b>02386</b>	avec ou sans greffe (P.C. 13) avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	783,15	11
<b>02387</b>	un (1) niveau	1 130,15	11
<b>02388</b>	deux (2) niveaux	1 255,80	14
<b>02398</b>	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie fasciectomy préalable à allongement	1 130,15	11
<b>02485</b>	1 compartiment	314,20	4
<b>02486</b>	2 compartiments ou plus	355,75	5

*Amputation*

<b>02292</b>	amputation à la jambe (B.K.)	550,95	4
--------------	------------------------------	--------	---

*Biopsie*

<b>02864</b>	à l'aiguille (P.C. 13)	54,00	3
<b>02865</b>	ouverte	260,20	4

*Décompression - dénervation*

*fasciotomie tibiale*

<b>02046</b>	un (1) compartiment	236,00	4
<b>02047</b>	deux (2) compartiments ou plus	375,00	4

*Épiphyso-dèse du tibia*

<b>02951</b>	par greffe (Phemister)	470,75	3
<b>02954</b>	par crampon	392,55	3

*Excision*

<b>02866</b>	plaque de croissance d'épiphyso-dèse	750,05	6
<b>02867</b>	résection extensive et reconstruction	1 386,30	11
<b>02868</b>	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	281,60	4
<b>02869</b>	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	655,15	5
<b>02948</b>	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	968,85	14
<b>02870</b>	tumeur maligne	653,80	5
<b>02871</b>	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	754,15	9

<b>02596</b>	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 558,45	17
<b>02597</b>	avec prothèse totale, supplément	267,45	4
<i>Exérèse</i>			
<b>02309</b>	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (P.C. 13)	155,70	4
<b>02872</b>	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné	156,55	4
<b>02299</b>	plaque plus vis - tibia ou péroné	186,80	4
<b>02873</b>	plaque plus vis - tibia et péroné	375,00	4
<i>Fractures</i>			
péroné seul			
<b>02705*</b>	réduction fermée	55,15	4
<b>02725*</b>	réduction ouverte	255,45	3
tibia (avec ou sans péroné)			
<b>02694*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	159,25	4
	réduction ouverte		
<b>02696*</b>	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	655,15	5
<b>09591</b>	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	655,15	5
<b>09592</b>	verrouillage distal, supplément	163,40	2
<b>02721</b>	épiphyse proximale plateau (un (1) ou deux (2))	649,55	5
<b>02743</b>	pilon tibial	750,05	5
<i>Grefe osseuse</i>			
<b>02874</b>	pour pseudarthrose congénitale	879,90	7
<b>02413</b>	simple tibia et/ou péroné	509,60	4
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
<b>02414</b>	par transposition du péroné	569,20	5
<i>Incision et drainage</i>			
<b>02875</b>	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	366,80	4
<b>02876</b>	forage ou fenestration de la corticale	337,45	4
<b>02877</b>	saucérisation (mise à plat)	314,20	4
<b>02878</b>	séquestrectomie avec ou sans greffe	346,50	4
<i>Ostéotomie</i>			
<b>02093</b>	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	680,35	6
<b>02068</b>	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	549,05	5
<b>02030</b>	du péroné	172,60	4
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
<b>02406</b>	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	754,15	9

## CHEVILLE

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

### Amputation

<b>02291</b>	type Syme	594,35	4
--------------	-----------	--------	---

### Arthrodèse

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02944</b>	pan-arthrodèse	754,15	9
<b>02938</b>	tibio-tarsienne	743,40	5
	<i>Arthrolyse</i>		
<b>02054</b>	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 246,00	11
	<i>Arthroplastie</i>		
<b>02420</b>	simple de la cheville	354,30	4
<b>02408</b>	totale de la cheville (prothèse)	796,85	7
	<i>Arthroscopie</i>		
<b>02551</b>	simple de la cheville avec ou sans biopsie (P.C. 13)	136,95	3
<b>02552</b>	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : (P.C. 13)		
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion	332,65	5
	<b>Arthrotomie</b>		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
<b>02880</b>	avec ostéotomie malléolaire	424,90	6
<b>02057</b>	simple de cheville	340,15	3
<b>02882</b>	avec arthrite septique	392,55	4
	<b>Décompression - dénervation</b>		
<b>02883</b>	décompression - sinus du tarse	142,35	4
<b>02884</b>	décompression - tunnel tarsien	156,55	4
<b>02885</b>	neurectomie cheville	202,85	3
	<b>Exérèse</b>		
<b>09541</b>	de prothèse totale de cheville de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis	236,00	4
<b>02304</b>	uni-malléolaire (P.C. 13)	155,70	4
<b>02306</b>	bi ou tri-malléolaire (P.C. 13)	169,50	4
	<b>Fracture</b>		
	uni, bi, tri-malléolaire		
<b>02708*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
	réduction ouverte		
<b>02727*</b>	uni-malléolaire	375,00	4
<b>09542*</b>	bi-malléolaire	561,85	5
<b>02886*</b>	tri-malléolaire	655,15	5
<b>02887*</b>	malléolaire avec déchirure ligamentaire	551,35	4
	<b>Luxation</b>		
<b>02751*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	95,55	3
<b>02888*</b>	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire	561,85	5
	<i>Manipulation</i>		
<b>02851</b>	cheville	155,70	3
	<i>Reconstruction - réparation</i>		

<b>02161</b>	reconstruction ligamentaire	392,55	4
<b>02199</b>	réparation ligamentaire (immédiate) réparation tendon d'Achille	314,20	4
<b>02441</b>	immédiate	468,50	4
<b>02889</b>	tardive	519,05	3
<b>Synovectomie</b>			
<b>09543</b>	cheville	432,75	4
<b>Ténotomie (tendon d'Achille)</b>			
<b>02075</b>	fermée	130,50	3
<b>02080</b>	ouverte	156,55	3
<b>Transposition tendineuse</b>			
<b>09544</b>	une	392,55	4
<b>09545</b>	deux ou plusieurs	549,00	5

## PIED

**AVIS :** Les actes suivis d'un astérisque (\*) sont soumis au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.

*Allongement incluant l'ostéotomie*

<b>02264</b>	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	879,90	6
--------------	--	--------	---

### Amputation

<b>02267</b>	médio-tarsienne ou transmétatarsienne (P.C. 13)	432,75	4
<b>02287</b>	un métatarsien en rayon (P.C. 13)	148,60	4
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied	29,70	

**AVIS :** Indiquer le nombre de métatarsiens.

<b>02285</b>	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (P.C. 13)	153,75	4
	chaque orteil supplémentaire	36,35	

**AVIS :** Indiquer le nombre d'orteils.

*Cet acte est soumis aux dispositions du 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

### Arthrodèse

<b>02943</b>	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	750,05	5
<b>02949</b>	articulation de Lisfranc	314,20	4
<b>02946</b>	articulation métatarso-phalangienne (P.C. 13)	346,50	4
<b>02940</b>	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (P.C. 13)	155,70	3
	chaque orteil supplémentaire	42,45	

**AVIS :** Indiquer le nombre d'orteils.

*Cet acte est soumis aux dispositions du 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

### Arthrolyse

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

<b>02070</b>	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	879,90	5
	<b>Arthroscopie</b>		
<b>09500</b>	pied (P.C. 13)	134,75	4
	<b>Arthrotomie</b>		
	Arthrotomie incluant, le cas échéant : la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
<b>02237</b>	simple, sans fixation d'ostéochondrite (P.C. 13)	130,50	4
<b>02238</b>	simple, avec fixation d'ostéochondrite (P.C. 13)	267,45	4
<b>09501</b>	pour arthrite septique (P.C. 13)	260,20	4
	<b>Biopsie</b>		
<b>09502</b>	à l'aiguille ou au trocart	52,05	3
<b>02247</b>	ouverte (P.C. 13)	183,80	4
	<b>Excision</b>		
<b>02244</b>	complète d'astragale ou de calcanéum	367,55	7
<b>02241</b>	barre tarsienne	392,55	4
<b>02234</b>	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant (P.C. 13)	281,60	4
<b>02246</b>	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (P.C. 13)	172,60	4
<b>02242</b>	tête métatarsienne (P.C. 13) chaque tête métatarsienne supplémentaire pour le même pied	148,20 29,55	4
	<b>AVIS : Inscrire le nombre d'excisions.</b>		
<b>02245</b>	os sésamoïde (P.C. 13) NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical. tumeur bénigne calcaneum ou astragale	156,55	4
<b>09505</b>	sans greffe (P.C. 13)	281,60	4
<b>09506</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant os mineurs	432,75	5
<b>09507</b>	sans greffe (P.C. 13)	169,50	4
<b>09508</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant tumeur maligne calcaneum ou astragale	340,05	4
<b>09509</b>	sans greffe	330,95	6
<b>09510</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant os mineurs	474,30	7
<b>09511</b>	sans greffe (P.C. 13)	213,45	4
<b>09512</b>	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	284,60	3
	<b>Exérèse</b>		
<b>09513</b>	prothèse (P.C. 13)	169,45	4
<b>09514</b>	vis, broche, fils, clou, plaque	155,70	3
	<b>Greffe</b>		

<b>09515</b>	calcanéum ou astragale	428,05	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<b>09516</b>	os mineur	260,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<b>Fracture</b>			
	calcanéum ou astragale		
<b>02710*</b>	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (P.C. 13)	155,70	3
<b>02744*</b>	réduction fermée avec embrochage percutané (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	392,55	5
<b>02730*</b>	réduction ouverte	594,35	4
<b>02734*</b>	arthrodèse primaire	605,30	5
	tarse (astragale et calcanéum exceptés)		
	un ou plusieurs		
<b>02709*</b>	réduction fermée	100,75	4
<b>02729*</b>	réduction ouverte	424,75	5
	métatarsien		
<b>02711*</b>	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (P.C. 13)	55,15	3
<b>02691*</b>	réduction fermée avec embrochage percutané (P.C. 13)	143,80	3
	chaque métatarsien supplémentaire	39,35	
	<b>AVIS :</b> Indiquer le nombre de métatarsiens.		
	réduction ouverte		
<b>02731*</b>	un (1) (P.C. 13)	172,60	4
<b>02732*</b>	plusieurs au même pied	408,25	3
	phalange		
<b>02712*</b>	réduction fermée	42,05	3
	chaque supplémentaire pour le même pied	11,20	
	<b>AVIS :</b> Indiquer le nombre de réductions.		
<b>02692*</b>	réduction fermée avec embrochage percutané	141,10	3
	chaque orteil supplémentaire pour le même pied	38,45	
	<b>AVIS :</b> Indiquer le nombre d'orteils.		
<b>02733*</b>	réduction ouverte	186,80	4
<b>Incision - drainage</b>			
<b>09517</b>	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (P.C. 13)	151,35	4
<b>09561</b>	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (P.C. 13)	141,60	4
<b>09562</b>	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (P.C. 13)	236,00	4
<b>Luxation</b>			
	tarse		
<b>02752*</b>	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
<b>02765*</b>	réduction fermée et fixation percutanée	265,75	4
<b>02764*</b>	réduction ouverte	333,45	4
	métatarso-phalangienne		
<b>02754*</b>	réduction fermée	42,45	3
	chaque réduction supplémentaire pour le même pied	11,35	

**AVIS** : Indiquer le nombre de réductions.

<b>02766*</b>	réduction ouverte interphalangienne	169,50	4
<b>02756*</b>	réduction fermée chaque réduction supplémentaire pour le même pied	27,95 11,20	3
<b>AVIS</b> : Indiquer le nombre de réductions.			
<b>02767*</b>	réduction ouverte	145,05	4
<b>Manipulation</b>			
<b>09532</b>	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	139,00	3
<b>Ostéotomie</b>			
<b>02060</b>	calcanéum, astragale ou tarse	346,50	5
<b>09524</b>	métatarse (P.C. 13)	172,60	4
<b>09563</b>	phalange (P.C. 13)	156,55	4
<b>Reconstruction</b>			
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
<b>09528</b>	un (1)	156,55	4
<b>09529</b>	plusieurs	549,00	5
<b>02049</b>	syndactylie pour orteil	137,50	4
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
<b>09564</b>	un (1) chaque orteil supplémentaire du même pied	136,95 27,25	4
<b>AVIS</b> : Indiquer le nombre d'orteils.			
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
<b>09530</b>	un (1) (P.C. 13)	432,75	4
<b>09531</b>	plusieurs (P.C. 13)	549,00	5
<b>02436</b>	ténodèse, pied	314,20	3
	Reconstruction de la 1 <sup>re</sup> articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
<b>09593</b>	sans ostéotomie (P.C. 13)	255,45	4
<b>02069</b>	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (P.C. 13)	319,10	4
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
<b>09595</b>	hémi-arthroplastie (P.C. 13)	255,45	4
<b>09596</b>	arthroplastie totale (P.C. 13)	375,00	4
<b>09565</b>	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (P.C. 13)	366,80	4
<b>02529</b>	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	156,55	4
<b>02550</b>	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (P.C. 13) chaque orteil supplémentaire du même pied	151,05 30,05	4

**AVIS :** Indiquer le nombre d'orteils.

<b>02422</b>	pour chevauchement du 5 <sup>e</sup> orteil, toute technique (P.C. 13) pied bot ou astragale vertical	156,55	4
<b>02553</b>	allongement ouvert du tendon d'Achille	136,95	4
<b>02555</b>	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	404,40	5
<b>02556</b>	relâchement antérieur	404,40	5
<b>02557</b>	relâchement plantaire extensif	445,80	5
<b>02558</b>	capsulotomie interne et allongement tendineux	469,60	6
<b>02560</b>	relâchement postéro-médian	750,05	11
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
<b>02563</b>	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 179,15	14
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
<b>Synovectomie</b>			
<b>02248</b>	orteil	162,85	3
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
<b>Ténotomie</b>			
	fermée		
<b>02071</b>	un (1) orteil (P.C. 13)	47,40	3
<b>02072</b>	plusieurs orteils (P.C. 13)	130,50	3
<b>02073</b>	fascia plantaire (Steindler) (P.C. 13) sous vision directe	130,50	3
<b>02076</b>	un (1) orteil (P.C. 13)	156,55	3
<b>02077</b>	plusieurs orteils (P.C. 13)	202,75	3
<b>02078</b>	fascia plantaire (Steindler) (P.C. 13)	156,55	3

## BOURSE SÉREUSE

### **Drainage**

<b>02008</b>	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	186,80	4
--------------	---	--------	---

### **Excision**

<b>02212</b>	bourse calcanéenne (talon)	156,55	3
<b>02236</b>	bourse olécrânienne (P.C. 13)	186,80	3
<b>02235</b>	bourse huméro-radiale	142,35	3
<b>02256</b>	bourse malléolaire, prérotulienne, prétiibiale	155,70	3
<b>02255</b>	bourse péritrochantérienne	130,50	3
<b>02233</b>	bourse sous-deltaïdienne	156,55	3
<b>09534</b>	bourse ischiatique	213,45	3

### **Incision - exérèse**

<b>02012</b>	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	186,80	4
--------------	---	--------	---

## MUSCLES

### *Allongement*

**09535** allongement musculaire (P.C. 13) 346,50 3

### *Exérèse*

exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale

**02190** simple (P.C. 13) 155,70 4

**02191** compliquée, v.g. blessure par arme à feu (P.C. 13) 313,75 4

### *Excision*

**09536** raccourcissement musculaire 213,45 4

**02208** résection de muscle (myectomie) simple (P.C. 13) 260,20 4

**02209** résection de muscle (myectomie) extensive (P.C. 13) 392,55 5

**02155** section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale 284,60 5

**02023** section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congé-nital) 308,10 4

tumeur

**02127** biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle 236,00 3

**02152** excision tumeur bénigne (P.C. 13) 254,70 3

**02153** excision tumeur maligne (P.C. 13) 551,00 4

**02154** exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie 445,80 7

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

### *Reconstruction - réparation*

**02331** réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) 302,35 6

**02323** réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (P.C. 13) 219,35 4

**02322** transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral 586,95 9

## TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS

### *Excision*

gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde

**02201** une (1) (P.C. 13) 186,80 4

**02202** plusieurs (P.C. 13) 263,15 4

**09537** kyste arthrosynovial ou ténosynovial (P.C. 13) 146,70 3

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

**02007** biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia 236,00 3

**02082** exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.C. 13) 148,60 3

---- en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) 156,45 3

**AVIS :** L'acte codifié **02082** est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

**02083** exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.C. 13) 339,70 4

### *Incision et exérèse*

<b>02200</b>	exploration, sans réparation, d'un tendon, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7.A)	35,00	2
	<i><b>AVIS</b> : L'acte codifié 02200 est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).</i>		
<b>02014</b>	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (P.C. 13)	124,20	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
<b>02015</b>	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (P.C. 13)	151,65	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
<b>09597</b>	Tenolyse d'un doigt, une (1) ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (P.C. 13)	396,15	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
<b>02327</b>	Ténodèse articulaire à un doigt (P.C. 13)	177,85	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
	<b>Reconstruction - Réparation</b>		
<b>02326</b>	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	313,75	3
	<i><b>AVIS</b> : L'acte codifié 02326 est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).</i>		
	suture		
	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
<b>02396</b>	tendon extenseur (du même membre) (P.C. 13)	194,65	4
	maximum	583,95	
	tendon fléchisseur (du même membre)		
<b>02397</b>	un (1) - réparation immédiate ou tardive (P.C. 13)	297,25	4
	maximum	891,75	
	<i><b>AVIS</b> : Pour les actes codifiés 02396 et 02397, inscrire le nombre de tendons.</i>		
<b>02324</b>	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. (P.C. 13)		
	un (1) tendon	280,15	4
	maximum	1 120,60	
	<i><b>AVIS</b> : Inscrire le nombre de tendons.</i>		
<b>02330</b>	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	302,35	6
<b>02332</b>	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	403,20	7

## DIVERS

<b>02863</b>	Immobilisation temporaire de fracture avec ou sans réduction temporaire qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.C. 13)	16,65	
	application de stimulateurs électriques		
<b>02488</b>	externes	98,05	3
<b>02489</b>	percutanés	120,85	3

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
DIVERS

<b>02490</b>	internes	177,85	4
<b>02348</b>	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	139,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin à la même séance.		
<b>02308</b>	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	160,00	4
<b>02301</b>	exérèse de clou ou broche pour traction (P.C. 13)	32,65	3
<b>02328</b>	exérèse de prothèse ailleurs	169,50	4
<b>02312</b>	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (P.C. 13)	141,15	4
<b>02311</b>	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	15,50	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
<b>09547</b>	os majeur	117,15	4
<b>09546</b>	os mineur	101,70	3
<b>02300</b>	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (P.C. 13)	156,55	4
<b>02303</b>	insertion de pince à traction squelettique crânienne	156,55	4
	<b>Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »</b>		
	(coût du matériel non inclus)		
	extrémités		
<b>02820</b>	doigt	28,90	2
<b>02823</b>	main	29,40	2
<b>02848</b>	pied	29,40	2
<b>02800</b>	membre supérieur (bras, coude, avant-bras) ou inférieur (cuisse, genou, jambe)	38,25	2
<b>02807</b>	« taping » du pied ou de la cheville	34,50	2
<b>02824</b>	spica de l'épaule	72,15	2
<b>02809</b>	minerve	71,45	2
<b>02810</b>	corset plâtré	72,15	2
<b>02842</b>	spica de la hanche (unilatéral ou bilatéral)	72,15	2
	<b>Appareillage fonctionnel</b>		
	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 à 5,90 \$ au 1 <sup>er</sup> septembre 2018 et de 5,95 \$ au 1 <sup>er</sup> octobre 2019 quand l'attelle est fabriquée à l'hôpital. <b>(MOD 067)</b>		
<b>02804</b>	tibia	98,05	2
<b>02805</b>	fémur	134,50	2
<b>02806</b>	avant-bras	77,85	2
<b>02817</b>	cou	22,50	
	membre supérieur		
<b>02829</b>	épaule	26,45	
<b>02827</b>	coude	20,40	

<b>02828</b>	main et poignet membre inférieur	22,05	
<b>02852</b>	toute la jambe (moitié de cuisse jusqu'aux orteils)	27,05	
<b>02853</b>	genou	20,80	
<b>02854</b>	sous-genou (incluant le pied)	20,80	
<b>02381</b>	prise de greffon osseux par un médecin autre que le premier intervenant (P.C. 13)	172,60	
<b>02325</b>	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	260,20	5
<b>02957</b>	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	148,20	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 codifiés **02423, 02424, 02427, 02428, 02429, 02430, 02431** et **02530** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.

*Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*

<b>02430</b>	astragale	245,50	
<b>02423</b>	bassin	470,75	
<b>02431</b>	calcanéum	130,50	
<b>02424</b>	fémur incluant la tête et le col fémoral	392,55	
<b>02428</b>	humérus	314,20	
<b>02530</b>	peau	355,75	
<b>02429</b>	radius ou cubitus	284,60	
<b>02427</b>	tibia	314,20	

**Réimplantation**

**(après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)**

**AVIS :** Ne pas fournir le protocole opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

<b>02355</b>	avant-bras	1 660,15	17
<b>02356</b>	bras	1 660,15	17
<b>02352</b>	doigt (incluant au moins une articulation) (P.C. 13)	1 185,80	17
<b>02357</b>	épaule	2 134,50	17
<b>02354</b>	poignet	1 660,15	17

Microanastomose (grossissement 5X et plus) :

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE  
DIVERS

<b>02385</b>	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (P.C. 13)	653,65	9
<b>02394</b>	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 067,25	14
<b>02180</b>	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	426,90	7

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.





# H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

R = 1 R = 2

**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 le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie.*  
*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

## NEZ

### *Incision*

	Abcès ou hématome de la cloison		
<b>03000</b>	drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	29,15	3
<b>03003</b>	drainage avec implantation immédiate de substance	128,10	4
<b>03001</b>	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	77,05	4

### *Excision*

	Turbinectomie toutes méthodes		
<b>03101</b>	unilatérale partielle ou queue de cornet	33,40	2
<b>03102</b>	bilatérale	46,25	2
	Polypectomie nasale		
<b>03160</b>	unique (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	14,85	3
<b>03172</b>	multiple (P.C. 13)	46,25	3
<b>03173</b>	multiple bilatérale (P.C. 13)	68,85	3
<b>03161</b>	polype des choanes	53,10	3
<b>03199</b>	Résection sous-muqueuse du septum nasal	154,20	4
<b>03200</b>	Amenuisement d'un (1) ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino- plastie)		
	(résection sous-muqueuse d'un cornet)	100,75	2
<b>03201</b>	au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	36,55	1
<b>03207</b>	Cryochirurgie d'un cornet du nez	66,45	2
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser		
<b>03208</b>	<b>pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (P.C. 13)</b>	145,20	3
<b>03209</b>	<b>pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx</b>	166,05	3
<b>03239</b>	Amputation nasale	271,30	3

### *Réparation*

<b>03301</b>	Cautérisation de cornet, unilatérale (P.C. 13)	23,25	4
<b>03320</b>	Septodermoplastie (P.C. 13)	198,00	3

<b>03321</b>	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic (P.C. 13)	213,45	4
<b>03322</b>	Cure de perforation de la cloison (P.C. 13)	198,00	2
<b>03367</b>	Mise en place d'un bouton de silastic	66,45	4
	Septorhinoplastie		
<b>03323</b>	partielle (excluant les ostéotomies) (P.C. 13)	258,50	3
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
<b>03225</b>	<b>par voie endonasale (P.C. 13)</b>	330,90	4
<b>03226</b>	<b>par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (P.C. 13)</b>	415,05	7
<b>03325</b>	Collumelloplastie seule (P.C. 13)	154,20	4
<b>03327</b>	Grefe composée	177,85	5
<b>03327</b>	Grefe composée	176,10	5
<b>03328</b>	Rhinophyma rasage (P.C. 13)	261,55	5
<b>03329</b>	Correction plastique d'un rhinophyma	C.S.	5
	Chirurgie correctrice de rhinite atrophique :		
<b>03330</b>	par prothèse synthétique (unilatérale)	129,35	4
<b>03331</b>	par greffe autogène	198,00	4
	Atrésie d'une choane		
<b>03340</b>	approche nasale antérieure sous microscope	254,90	11
<b>03341</b>	ponction et insertion de tube	69,10	11
<b>03342</b>	approche par voie transpalatine	260,90	3
<b>03335</b>	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (P.C. 13)	13,90	3
	<b>Manipulation</b>		
	Épistaxis		
<b>03804</b>	cautérisation de la cloison	7,45	3
<b>03806</b>	électrocautérisation	15,20	3
	tamponnement nasal		
<b>03801</b>	<b>antérieur, par mèche</b>	14,90	2
<b>03809</b>	<b>antérieur et postérieur (P.G. 2.4.7.7 A)</b>	42,45	3
<b>03807</b>	<b>tube gonflable</b>	79,25	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	87,05	3
<b>03808</b>	<b>par mèche et tampon rhino-pharyngé (P.G. 2.4.7.7 B)</b>		
		117,15	4
<b>03803</b>	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	139,95	4
<b>03810</b>	ligature intra-nasale de l'artère sphéno-palatine (P.C. 13)	364,75	7
	<b>Corps étranger</b>		
	Extraction de corps étranger du nez		

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE  
NASO-PHARYNX

<b>03002</b>	par rhinotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	46,15	3
<b>03194</b>	par rhinoscopie (P.C. 13)	15,00	3
<b>03190</b>	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	50,05	3

## NASO-PHARYNX

### *Excision*

	Exérèse de tumeur		
<b>03165</b>	par voie intranasale	68,85	4
<b>03166</b>	par voie transpalatine	258,50	6
<b>03167</b>	par voie naso-pharyngée	129,35	4
<b>03168</b>	par voie cervicale	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur		
<b>03158</b>	bénigne	104,40	4
<b>03159</b>	maligne	198,00	3
<b>03169</b>	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	C.S.	7

### *Réparation*

<b>03337</b>	Réparation de fistule oro-nasale	61,65	3
<b>03338</b>	Correction de difformités postsinusectomie radicale	177,85	4
<b>03368</b>	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	462,50	7
<b>03369</b>	avec greffe adipeuse (supplément)	103,65	
<b>03344</b>	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du naso-pharynx	46,65	3

## SINUS

### *Incision*

<b>03004</b>	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne, infundibulectomie) (P.C. 13)	82,85	4
<b>03008</b>	Sinusotomie frontale par voie externe (trépanation avec ou sans insertion de cathéter)	129,35	4
<b>03005</b>	Sinusotomie sphénoïdale	86,85	4

### *Excision*

	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) :		
<b>03105</b>	unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (P.C. 13)	222,90	4
<b>03104</b>	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (P.C. 13)	204,00	3
<b>03215</b>	Sinusectomie frontale externe radicale	407,95	5
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
<b>03110</b>	antérieure unilatérale (P.C. 13)	166,05	4
<b>03111</b>	antérieure et postérieure unilatérale (P.C. 13)	190,95	4
<b>03112</b>	avec sphénoïdotomie (P.C. 13)	230,10	4
<b>03113</b>	avec sphénoïdectomie (P.C. 13)	281,10	4
<b>03108</b>	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	348,85	4

	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
<b>03210</b>	par voie intranasale	166,05	4
<b>03211</b>	par voie transpalatine	383,05	4
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
<b>03235</b>	<b>sans exérèse du plateau palato-dentaire</b>	458,90	5
<b>03236</b>	<b>avec exérèse du plateau palato-dentaire</b>	522,95	9
	avec exentération de l'orbite :		
<b>03237</b>	<b>sans exérèse du plateau palato-dentaire</b>	522,95	9
<b>03238</b>	<b>avec exérèse du plateau palato-dentaire</b>	649,90	11
<b>03246</b>	Sinusectomie sphénoïdale par voie transeptale	319,00	5
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
<b>03247</b>	ligature de l'artère maxillaire interne (P.C. 13)	402,00	5
<b>03248</b>	ganglionectomie sphéno-palatine	379,40	6
<b>03249</b>	section de V2	418,05	5
<b>03250</b>	Biopsie	418,25	5
<b>03109</b>	Neurectomie vidienne par voie transantrale	379,40	5
	<b>Réparation</b>		
	Fermeture de fistule antro-orale		
<b>03345</b>	avec Caldwell-Luc	231,25	3
<b>03346</b>	avec lambeau	254,90	3
<b>03347</b>	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou prothèse (P.C. 13)	330,90	7

## LARYNX

### *Incision*

<b>03016</b>	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	198,00	5
	Thyrotomie		
<b>03018</b>	pour sténose laryngée	C.S.	5

### *Introduction*

	Laryngoscopie incluant la biopsie		
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, unilatérale		
<b>03039</b>	<b>directe (P.G. 2.9)</b>	154,30	4
<b>03040</b>	<b>à suspension (P.G. 2.9)</b>	158,95	4
<b>03041</b>	<b>au microscope (P.G. 2.9)</b>	218,25	4
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, bilatérale		
<b>03042</b>	<b>directe (P.G. 2.9)</b>	175,15	4
<b>03043</b>	<b>à suspension (P.G. 2.9)</b>	218,25	4
<b>03044</b>	<b>au microscope (P.G. 2.9)</b>	231,25	4
<b>03045</b>	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (P.G. 2.9)	210,15	4

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE  
TRACHÉE

<b>03046</b>	microchirurgie sous-glottique au laser	237,20	5
	<b>Excision</b>		
	Laryngectomie		
<b>03015</b>	partielle verticale	290,50	7
<b>03012</b>	fronto-latérale	302,35	7
<b>03115</b>	sus-glottique	462,50	9
<b>03220</b>	totale	509,90	12
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie		
<b>03241</b>	par voie endolaryngée	254,90	3
<b>03245</b>	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	260,90	3
<b>03242</b>	par voie externe	320,30	4
<b>03243</b>	reconstructive (laryngectomie)	456,45	7
<b>03223</b>	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	290,50	5
<b>03227</b>	Laryngectomie et pharyngectomie totale	581,10	11
	<b>Réparation</b>		
<b>03363</b>	Cure de laryngocèle	C.S.	7
<b>03366</b>	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	183,80	4
<b>03364</b>	Fistulisation externe postlaryngectomie pour réhabilitation	C.S.	5
<b>03334</b>	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	415,05	7

## TRACHÉE

### *Incision*

<b>03019</b>	Trachéotomie (P.C. 13)	138,70	6
<b>03021</b>	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	64,10	
<b>03022</b>	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	154,05	4

### *Excision*

	Résection trachéale avec reconstruction		
<b>03178</b>	trachée cervicale (approche extrathoracique)	498,05	9
<b>03179</b>	trachée cervicale incluant le crycoïde	747,10	11
<b>03180</b>	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	794,45	11
<b>03181</b>	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	996,10	14

### *Réparation*

	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
<b>03315</b>	par excision de tissu cicatriciel	118,55	4
<b>03316</b>	par lambeaux cutanés ou plastie en M	118,55	4
<b>03350</b>	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (P.C. 13)	99,65	4
	Fermeture de fistule		
<b>03351</b>	trachéale post-traumatique	198,00	4
<b>03356</b>	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	509,90	12
<b>03371</b>	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autre	198,00	4
	Trachéoplastie		
<b>03352</b>	cervicale incluant cure de trachéomalacie	462,50	7

<b>03354</b>	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie Trachéorrhaphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique)	557,40	11
<b>03353</b>	cervicale	498,05	9
<b>03355</b>	au niveau thoracique	647,70	11
<b>03361</b>	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	948,75	14

## BRONCHES

### *Réparation*

	Bronchoplastie		
<b>03357</b>	correction de sténose et anastomose Fistule broncho-pleurale	592,90	11
<b>03372</b>	fermeture simple par thoracotomie	410,80	10
<b>03373</b>	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	653,65	11
<b>03362</b>	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	533,70	11

## MÉDIASTIN

### *Incision*

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
<b>03035</b>	voie cervicale	329,75	4
<b>03036</b>	voie thoracique	381,35	7
<b>03027</b>	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	485,30	11

### *Excision*

<b>03195</b>	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	463,70	9
<b>03196</b>	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	653,60	11
<b>03240</b>	Thymectomie	462,15	9

### *Réparation*

<b>03370</b>	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	417,25	8
--------------	--	--------	---

## POUMONS ET PLÈVRE

### *Incision*

<b>03020</b>	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire Traitement d'empyème	195,60	8
<b>03032</b>	par costectomie et drainage ouvert	166,05	5
<b>03033</b>	par pleurotomie et drainage fermé	87,70	2
<b>03034</b>	par procédure de Claggett	166,05	3
<b>03023</b>	par thoracoplastie et drainage Traitement d'épanchement pleural	241,80	5
<b>03038</b>	par pleurotomie, drainage fermé et pleurodèse (P.C. 13) Thoracotomie	179,30	5
<b>03026</b>	pour contrôle d'hémorragie	424,65	9

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE  
POUMONS ET PLÈVRE

<b>03028</b>	exploratrice, avec exérèse de corps étranger	355,75	9
<b>03120</b>	exploratrice avec biopsie	419,75	11
<b>03123</b>	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	481,50	9
<b>03029</b>	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	534,50	9
<b>03017</b>	pleurectomie partielle, supplément	35,40	
<b>03030</b>	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardio-respiratoire	155,70	9
<b>03031</b>	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	622,85	11
<b>Excision</b>			
<b>03122</b>	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	408,60	11
<b>03140</b>	chaque résection additionnelle, maximum trois (3), supplément	68,00	
<b>AVIS : Indiquer le nombre de résections additionnelles.</b>			
<b>03124</b>	Segmentectomie simple incluant broches et artère segmentaire	739,65	11
<b>03125</b>	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	731,70	11
<b>03126</b>	segmentectomie supplémentaire, supplément	128,35	
<b>03127</b>	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	136,25	
<b>03128</b>	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	196,20	
<b>03129</b>	avec bronchoplastie, supplément	129,45	
<b>03130</b>	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	28,60	
<b>03131</b>	résection de paroi thoracique avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	204,25	
<b>03132</b>	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast Pneumectomie simple	983,00	14
<b>03133</b>	avec ou sans évidement ganglionnaire	721,75	11
<b>03134</b>	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	74,90	
<b>03135</b>	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	27,40	
<b>03136</b>	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	163,40	
<b>03137</b>	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	189,80	
<b>03138</b>	Pneumectomie extrapleurale	711,50	11
<b>03141</b>	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysemateuse diffuse	753,00	11
<b>03139</b>	Lobectomie, réintervention plus de trente (30) jours après l'intervention initiale, supplément	137,25	
<b>03232</b>	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	337,95	8
<b>03252</b>	réintervention plus de trente (30) jours après, supplément	124,55	
<b>Réparation</b>			
<b>03365</b>	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	11
<b>Collapsothérapie</b>			
	Thoracoplastie, incluant apicolyse premier stade		
<b>03374</b>	<b>minimum de trois (3) côtes</b>	256,70	6

	<b>chaque côte supplémentaire</b>	77,00	
	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Indiquer le nombre de côtes.</i>		
<b>03311</b>	deuxième stade	118,55	5
<b>03312</b>	troisième stade	118,55	5
	Pneumolyse		
<b>03313</b>	intrapleurale	118,55	3
<b>03314</b>	extrapleurale	189,80	3
<b>03317</b>	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	71,10	3

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE  
POUMONS ET PLÈVRE

## J - SYSTÈME CARDIAQUE

R = 1

R = 2

**AVIS** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

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		
<b>04502</b>	installation	204,25	9
<b>04503</b>	surveillance, par jour, par patient	68,00	
<b>04504</b>	exérèse, incluant l'exérèse, avec fermeture de l'artère, avec ou sans plastie	137,30	9
<b>04505</b>	Fermeture de déhiscence du sternum (P.G. 2.9)	374,50	8
<b>04506</b>	Mise à plat du sternum	340,45	8
	<b><i>Circulation assistée</i></b>		
	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
<b>04508</b>	installation par canulation périphérique (P.G. 2.9)	474,30	17
<b>04517</b>	Installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (P.G.2.9)	1 265,55	17
<b>04509</b>	surveillance, par jour, par patient (P.G. 2.9)	212,20	
<b>04510</b>	exérèse (P.G. 2.9)	457,60	9
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
<b>04511</b>	installation	4 766,10	17
<b>04512</b>	surveillance, par jour, par patient	196,20	
<b>04513</b>	exérèse	898,50	17
<b>04514</b>	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	279,10	
<b>04515</b>	Suture de greffe, ou shunt de Gott pour dérivation temporaire, supplément (P.G. 2.9)	217,90	
<b>04516</b>	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé de type « Cell Saver » (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	95,25	
	NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).		
	<b><i>Hypothermie</i></b>		
<b>04560</b>	Emploi d'hypothermie profonde (<25° C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (P.G. 2.9)	329,60	
<b>04518</b>	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	164,70	
	<b><i>Transplantation</i></b>		
<b>04522</b>	Cardectomie, intervention chez le donneur (P.G. 2.9)	367,65	11
	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche		
<b>04523</b>	un (P.G. 2.9)	415,05	
<b>04524</b>	deux (P.G. 2.9)	522,95	
<b>04526</b>	Prélèvement en bloc : coeur-poumons	533,70	11

**AVIS :** Les actes codifiés **04522, 04523, 04524 et 04526** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.

Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

<b>04527</b>	Pneumonectomie, intervention chez le donneur	533,70	11
<b>04530</b>	Transplantation pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	2 964,60	17
<b>04528</b>	Transplantation cardiaque « C » (P.G. 2.9)	2 723,45	17
<b>04529</b>	Transplantation coeur-poumons « C » (P.G. 2.9)	4 150,45	17
	Exérèse d'électrode(s) par voie endocavitaire		
<b>04490</b>	<b>une électrode, supplément (P.G. 2.9)</b>	59,30	
<b>04491</b>	<b>deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)</b>	118,55	
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
<b>04493</b>	aucune électrode réimplantée, supplément (P.G. 2.9)	130,75	
<b>04494</b>	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	207,55	
<b>04495</b>	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	237,20	
<b>04497</b>	Installation d'un support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale), supplément	2 075,20	
<b>04498</b>	Installation d'un ballon intra-aortique, supplément	88,95	

## COEUR ET PÉRICARDE

### *Incision*

<b>04532</b>	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (P.G. 2.9)	422,20	17
<b>04533</b>	Réexploration médiastinale pour saignement « C » (P.G. 2.9)	340,45	9

### *Excision*

<b>04536</b>	Biopsie cardiaque ouverte (P.G. 2.9)	354,15	9
<b>04537</b>	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	915,20	17
<b>04538</b>	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	1 089,45	17
	Péricardectomie		
<b>04539</b>	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par stémotomie	626,40	11
<b>04540</b>	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (P.G. 2.9)	385,00	9

### *Réparation*

NOTE : Lors d'une chirurgie valvulaire, l'approche transeptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 356 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**AVIS : Utiliser l'élément de contexte Approche transseptale ou fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum lors de la chirurgie valvulaire.**

	Valvule aortique		
<b>04542</b>	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (P.G. 2.9)	1 045,85	17
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.		
<b>04543</b>	Remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17
<b>04544</b>	aortoplastie ou annuloplastie par procédure de Nick ou de Manouguian, supplément (P.G. 2.9)	272,35	
<b>04545</b>	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (P.G. 2.9)	1 225,60	17
<b>04546</b>	Remplacement par technique de Ross (sans autre intervention vasculaire « C ») (P.G. 2.9)	2 282,75	17
<b>04547</b>	Procédure de Konno « C » (P.G. 2.9)	2 075,20	17
<b>04548</b>	Procédure de Ross-Konno « C » (P.G. 2.9)	3 268,45	17
	Valvule mitrale		
<b>04550</b>	commissurotomie (P.G. 2.9)	784,40	17
<b>04551</b>	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17
<b>04554</b>	annuloplastie	1 089,45	17
<b>04555</b>	valvuloplastie mitrale incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection (P.G. 2.9)	1 361,75	17
<b>04553</b>	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (P.G. 2.9)	1 307,40	17
	Valvule tricuspideenne		
	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance		
<b>04556</b>	commissurotomie (P.G. 2.9)	474,30	14
<b>04557</b>	remplacement (P.G. 2.9)	708,10	14
<b>04558</b>	valvuloplastie et annuloplastie (P.G. 2.9)	708,10	17
<b>04559</b>	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	272,35	
	Valvule pulmonaire		
<b>04561</b>	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (P.G. 2.9)	784,40	17
<b>04562</b>	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17
<b>04563</b>	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (P.G. 2.9)	1 176,65	17
<b>04564</b>	Réintervention pour chirurgie valvulaire incluant l'extraction de la prothèse, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
	Oreillettes		
<b>04567</b>	création de communication interauriculaire, procédé de Blalock-Hanlon ou autres « C » (P.G. 2.9)	679,85	11
<b>04568</b>	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (P.G. 2.9)	915,15	17

<b>04569</b>	réparation de Canal AV partiel (ostium primum. plastie mitrale, CIA secundum) « C » (P.G. 2.9)	1 600,90	17
<b>04570</b>	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV plastie tricuspideenne, CIA secundum (P.G. 2.9)	2 134,50	17
<b>04571</b>	réparation d'une communication interauriculaire avec drainage pulmonaire veineux anormal « C » (P.G. 2.9)	1 004,05	17
<b>04572</b>	atrioseptopexie pour drainage pulmonaire veineux anormal ou transposition des vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
<b>04573</b>	opération de Fontan (P.G. 2.9) « C »	2 371,70	17
	Ventricules		
	réparation d'une communication interventriculaire :		
<b>04576</b>	unique ou postinfarctus (P.G. 2.9)	1 361,75	17
<b>04577</b>	multiple (P.G. 2.9)	1 778,80	17
<b>04578</b>	agrandissement ou création de communication interventriculaire (P.G. 2.9)	948,75	17
<b>04579</b>	Conduit interne du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 2 964 \$ au 1 <sup>er</sup> octobre 2019 est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	<b><u>AVIS</u></b> : Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus de l'acte codifié <b>04579</b> .		
<b>04581</b>	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
<b>04582</b>	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (P.G. 2.9)	1 089,45	17
<b>04583</b>	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (P.G. 2.9)	1 361,75	17
<b>04584</b>	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)	1 778,80	17
<b>04585</b>	Réparation d'anévrisme ventriculaire (P.G. 2.9)	680,90	17
<b>04586</b>	Cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	830,05	17
<b>04587</b>	Réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (P.G. 2.9)	680,90	17
	Cardiorraphie :		
<b>04588</b>	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (P.G. 2.9)	680,90	11
<b>04589</b>	sous circulation extra-corporelle, supplément		5
<b>04590</b>	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (P.G. 2.9)	3 557,45	17
<b>04591</b>	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 »	3 208,95	17

J - SYSTÈME CARDIAQUE  
CHIRURGIE CORONARIENNE

<b>04592</b>	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 »	2 314,95	17
<b>04593</b>	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique sans réimplantation des coronaires (P.G. 2.9) « C »	1 634,05	17
<b>04594</b>	Remplacement de l'aorte ascendante pour dissection incluant la valvuloplastie aortique de suspension (P.G. 2.9) « C »	1 838,40	17
	NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte 04592, 04593 et 04594.		
	Valvule mitrale :		
<b>04847</b>	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	355,75	
<b>04848</b>	remplacement par prothèse valvulaire, supplément (P.G. 2.9)	513,45	
<b>04849</b>	valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection, supplément (P.G. 2.9)	680,90	
<b>04850</b>	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support, supplément	592,90	
	Valvule tricuspideenne :		
<b>04854</b>	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	237,20	
<b>04855</b>	remplacement, supplément (P.G. 2.9)	308,30	
<b>04856</b>	valvuloplastie et annuloplastie, supplément (P.G. 2.9)	339,95	
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
<b>04860</b>	unique, supplément (P.G. 2.9)	442,55	
<b>04861</b>	deux, supplément	544,65	
<b>04862</b>	trois, supplément	621,00	
<b>04863</b>	quatre, supplément	592,90	
<b>04864</b>	cinq, supplément	686,35	
<b>04865</b>	six et plus, supplément	681,85	
<b>04595</b>	Remplacement en continuité d'une hémi-crosse aortique, (hémi-arch) par languette de greffon, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
<b>04596</b>	Remplacement en continuité de la crosse aortique avec collerette pour les vaisseaux de la base, supplément	680,90	
	NOTE : Un seul des deux suppléments ci-dessus peut s'ajouter à un remplacement de l'aorte ascendante.		
<b>04597</b>	Réintervention pour chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre supplément pour intervention.		
<b>04598</b>	Anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante « C » (P.G. 2.9)	1 423,00	17

## CHIRURGIE CORONARIENNE

### Réparation

	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
<b>04601</b>	unique (P.G. 2.9)	885,15	17

<b>04602</b>	deux	1 089,45	17
<b>04603</b>	trois	1 293,65	17
<b>04604</b>	quatre	1 361,75	17
<b>04605</b>	cinq	1 429,75	17
<b>04606</b>	six et plus	1 566,00	17
<b>04600</b>	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, supplément		355,75
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
<b>04607</b>	un greffon, supplément	102,20	
<b>04611</b>	deux greffons, supplément	136,25	
<b>04612</b>	trois greffons ou plus, supplément	170,30	
<b>04608</b>	Chirurgie coronarienne à coeur battant toute voie d'approche, supplément		279,10
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
<b>04609</b>	Réintervention pour pontage coronarien, un ou plusieurs, incluant la péricardectomie, supplément		340,45
<b>04610</b>	Pour correction de coronaire aberrante (P.G. 2.9)		1 185,80 17

## STIMULATEUR CARDIAQUE

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
<b>04825</b>	une électrode (P.G. 2.9)	320,90	6
<b>04826</b>	deux électrodes (P.G. 2.9)	424,65	6
<b>04827</b>	par voie thoracique, supplément	68,00	
<b>04830</b>	par voie thoracique, supplément	59,30	
<b>04829</b>	Repositionnement d'électrode(s) (P.G. 2.9)		192,60 5
<b>04830</b>	par voie thoracique, supplément	59,30	
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien		
<b>04832</b>	toute voie d'approche	711,50	7
	Exérèse d'électrode(s)		
	par voie endocavitaire		
<b>04834</b>	une électrode (P.G. 2.9)	128,35	5
<b>04835</b>	deux électrodes (P.G. 2.9)	237,20	5
<b>04836</b>	par voie thoracique	237,20	6
<b>04837</b>	avec circulation extracorporelle (P.G. 2.9)	476,55	17
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
<b>04839</b>	aucune électrode réimplantée (P.G. 2.9)	261,55	6
<b>04840</b>	une électrode (P.G. 2.9)	457,60	7
<b>04841</b>	deux électrodes (P.G. 2.9)	513,45	7
	Remplacement de générateur		
<b>04842</b>	du cardiostimulateur (P.G. 2.9)	118,55	5

<b>04843</b>	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien	355,75	7
--------------	---	--------	---

## CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

<b>04620</b>	Cartographie cardiaque électrophysiologique per- opératoire, supplément Technique d'ablation	237,20	
<b>04622</b>	section et faisceau accessoire par cardiectomie et/ou par cryothermie	680,90	14
<b>04623</b>	sous circulation extra-corporelle, supplément		2
<b>04624</b>	pour tachycardie ventriculaire par résection sous- endocardique et/ou par cryothermie	641,80	14
<b>04625</b>	sous circulation extra-corporelle, supplément		3

## APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE

### *Chirurgie congénitale*

<b>04630</b>	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (P.G. 2.9)	1 297,60	11
<b>04631</b>	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)	2 371,70	11
<b>04632</b>	Réparation d'anneau vasculaire (P.G. 2.9)	770,05	11
<b>04633</b>	Encerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	415,05	11
<b>04634</b>	Désencerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	711,50	11
	Anastomose :		
<b>04637</b>	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (P.G. 2.9)	915,20	11
<b>04638</b>	cavo-pulmonaire (P.G. 2.9)	948,75	11
<b>04639</b>	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (P.G. 2.9)	1 185,80	17
<b>04640</b>	anostomose de la veine pulmonaire gauche à l'oreillette gauche (P.G. 2.9)	474,30	11
<b>04641</b>	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (P.G. 2.9)	680,90	14
<b>04642</b>	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)	1 778,80	17
<b>04643</b>	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (P.G. 2.9)	385,10	9
<b>04644</b>	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (P.G. 2.9)	784,40	9

### *Autres chirurgies*

<b>04647</b>	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (P.G. 2.9)	2 042,65	17
--------------	--	----------	----

NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.

<b>04648</b>	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales	1 634,05	17
	NOTE : Aucune intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
<b>04650</b>	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 906,50	17
<b>04651</b>	avec réimplantation d'une artère viscérale, supplément	392,15	
<b>04652</b>	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	817,05	
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
<b>04655</b>	Thrombo-endarterectomie pulmonaire unie ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	1 568,90	17
<b>04656</b>	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé Réparation pour traumatisme artériel et veineux	898,50	14
<b>04657</b>	suture simple	715,00	11
<b>04658</b>	par angioplastie ou pontage	962,70	14
<b>04660</b>	Angioscopie per-opératoire, supplément	117,70	2

## NON THORACIQUE

<b>04660</b>	Angioscopie per-opératoire, supplément	117,70	2
<b>04661</b>	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	237,20	3
<b>04662</b>	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	418,20	9
<b>04665</b>	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	102,20	
<b>04666</b>	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main Réparation d'anévrisme	354,15	3
<b>04667</b>	d'une artère périphérique NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.	531,05	7
<b>04668</b>	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	98,05	3
<b>04669</b>	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	408,60	3
<b>04670</b>	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément	C.S.	
<b>04671</b>	faux anévrisme, supplément	94,15	
<b>04674</b>	Excision d'une tumeur du corps carotidien	683,05	7

	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
<b>04677</b>	aorte	711,50	14
<b>04678</b>	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	1 032,90	14
<b>04679</b>	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 252,80	14
<b>04680</b>	artère périphérique excluant pour hémodialyse	640,05	11
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
<b>04683</b>	aorte, supplément	355,75	
<b>04684</b>	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	468,45	
<b>04685</b>	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	590,40	
<b>04686</b>	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	319,95	
<b>04688</b>	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)	408,60	
	<b>AVIS :</b> <i>Ne pas fournir le protocole opératoire ni le rapport de pathologie, mais les conserver au dossier du patient pour référence.</i>		
<b>04689</b>	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	272,35	
	<b>Perfusion régionale pour chimiothérapie</b>		
<b>04691</b>	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	332,05	7
	<b>Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale</b>		
<b>04692</b>	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	817,05	14
<b>04693</b>	Aorto-aortique	969,00	14
	Aorto-iliaque :		
<b>04694</b>	unilatéral	721,75	14
<b>04695</b>	bilatéral	1 075,80	14
	Aorto-fémoral :		
<b>04696</b>	unilatéral	810,60	14
<b>04697</b>	bilatéral	1 252,80	14
<b>04698</b>	Ilio-fémoral	667,20	11
<b>04699</b>	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 198,30	14
	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation		
<b>04701</b>	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	354,15	
<b>04702</b>	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	708,10	
<b>04703</b>	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	1 062,15	
<b>04704</b>	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	136,25	

**Thrombo-endarterectomie ouverte d'une artère périphérique**

<b>04707</b>	Fémoro-poplitée	601,45	11
<b>04708</b>	Fémorale commune	599,15	11
<b>04709</b>	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	601,45	11
<b>04710</b>	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	721,75	11

**Pontage d'une artère périphérique**

Fémoro-poplité :			
<b>04713</b>	prothèse synthétique	626,40	11
<b>04714</b>	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	721,75	11
Fémoro-tibial ou péronier :			
<b>04715</b>	prothèse synthétique	590,40	11
<b>04716</b>	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	762,55	11
Fémoro-pédieux ou plantaire :			
<b>04717</b>	prothèse synthétique	732,10	11
<b>04718</b>	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	924,70	11
<b>04719</b>	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier	980,40	11
<b>04720</b>	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier	1 566,00	11
<b>04721</b>	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 140,60	11
<b>04722</b>	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	136,25	
<b>04723</b>	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	721,75	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 :			
<b>04725</b>	pontage par prothèse synthétique	626,40	11
<b>04726</b>	pontage par prothèse veineuse	721,75	11
<b>04727</b>	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	721,75	11
<b>04728</b>	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature	C.S.	11
<b>04729</b>	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne	C.S.	7
Pontage extra-anatomique :			
<b>04732</b>	axillo-fémoral	640,05	11
<b>04733</b>	fémoro-fémoral	640,05	11
<b>04734</b>	sous-clavier - sous-clavier	614,55	11
<b>04735</b>	axillo-bi-fémoral	953,25	14

Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :

<b>04736</b>	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	136,25	
<b>04737</b>	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	44,95	
<b>Divers</b>			
<b>04740</b>	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	408,60	11
<b>04741</b>	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	59,30	
Anastomose :			
<b>04743</b>	porto-cave	806,40	14
<b>04744</b>	spléno-rénale	853,80	17
<b>04745</b>	mésentérico-cave	853,80	17
<b>04746</b>	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	148,20	
<b>Hémodialyse</b>			
<b>04748</b>	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	412,30	9
<b>04749</b>	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	237,20	9
<b>Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse</b>			
<b>04752</b>	Thrombectomie par voie ouverte	196,20	5
<b>04753</b>	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	424,65	9
<b>04754</b>	Exérèse d'anévrisme sans réparation	237,20	7
<b>04755</b>	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	118,55	5
<b>04756</b>	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	130,50	
<b>Réparation de fistule artério-veineuse excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie</b>			
<b>04758</b>	Ligature d'une fistule artério-veineuse (P.C. 13)	128,35	5
<b>04759</b>	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (P.C. 13)	177,85	5
NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.			
<b>Réparation</b>			
Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :			
<b>04762</b>	suture simple	486,35	9
<b>04763</b>	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (P.G. 2.9)	653,65	11
<b>04764</b>	pontage (prothèse)	666,80	11
<b>04765</b>	pontage par autogreffe veineuse	771,45	14
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :			
<b>04033</b>	suture simple	486,35	9
<b>04034</b>	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	653,65	11

	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
<b>04768</b>	suture simple (P.C. 13)	353,75	7
<b>04769</b>	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	372,55	7
<b>04770</b>	pontage (prothèse)	601,45	9
<b>04771</b>	pontage par autogreffe veineuse	680,35	9
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux au niveau de l'abdomen ou du cou		
<b>04772</b>	suture simple	741,20	11
<b>04773</b>	par angioplastie ou pontage	1 020,45	14
	au niveau des extrémités		
<b>04774</b>	suture simple	481,30	7
<b>04775</b>	par angioplastie ou pontage	962,70	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)		
<b>04776</b>	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	124,55	5
<b>04777</b>	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	320,20	5
<b>04778</b>	Ligature de la veine fémorale	73,30	4

## VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

<b>04782</b>	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	41,05	4
<b>04783</b>	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	38,00	4
<b>04784</b>	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 (P.C. 13)	279,80	4
<b>04785</b>	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	322,65	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		
<b>04786</b>	une incision	71,10	3
<b>04787</b>	deux incisions	95,00	3
<b>04788</b>	trois incisions ou plus	121,60	3

**AVIS :** Pour les codes de facturation **04786**, **04787** et **04788**, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

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 :** Pour les codes de facturation **04786, 04787 et 04788**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.

*Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*

	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
<b>04790</b>	une incision	18,15	
<b>04791</b>	deux incisions	37,45	
<b>04792</b>	trois incisions ou plus	58,10	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.		
<b>04407</b>	Dissection et excision au crochet, avec crochet de Muller, de paquets variqueux et de perforantes (P.G. 2.4.7.7 A)	19,20	2
	NOTE : L'article 8 du préambule particulier de la chirurgie ne s'applique pas à cet acte.		
	<b>AVIS :</b> Cet acte est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie). <i>Inscrire le nombre d'excisions.</i>		
<b>04794</b>	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	357,55	4
<b>04795</b>	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	195,60	3
<b>04796</b>	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récurrence de varices	150,35	4
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
<b>04798</b>	sus-aponévrotique	118,55	4
<b>04799</b>	sous-aponévrotique	237,20	4





# K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

R = 1  
R = 2**AVIS** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.**Excision**

<b>04159</b>	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (P.C. 13)	156,90	4
<b>04161</b>	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne P.G. 2.4.7.7 A (P.C. 13)	168,60	4
<b>04162</b>	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (P.C. 13)	169,80	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	177,65	4
<b>AVIS</b> : Les actes codifiés <b>04161</b> et <b>04162</b> sont sujets aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).			
<b>04160</b>	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)	361,85	4
<b>04235</b>	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	667,20	7
<b>04257</b>	Splénectomie chez le cadavre	213,45	
	Rupture de la rate, réparation par :		
<b>04250</b>	suture (non iatrogénique)	569,20	9
<b>04166</b>	suture (iatrogénique)	355,75	
<b>04251</b>	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	739,35	9
<b>04247</b>	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	569,20	9
<b>04236</b>	Bouton osseux	43,90	3
	Évidement cervical		
<b>04233</b>	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	849,05	9
<b>04234</b>	total	592,90	9
<b>04242</b>	bilatéral, toutes techniques	1 008,00	11
<b>04238</b>	sus-hyoïdien	288,80	6
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
<b>04243</b>	région inguinale superficielle	494,05	5
<b>04244</b>	région iliaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux)	739,35	9
<b>04240</b>	région axillaire	418,45	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
<b>04199</b>	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.	281,35	5
<b>04248</b>	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	122,55	
<b>04241</b>	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 412,00	11
	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel		

**(Voir Peau-phanères)**

<b>04245</b>	profond Multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire	397,45	5
<b>04231</b>	chez le donneur	296,50	4
<b>04237</b>	par autogreffe	296,50	4
<b>04280</b>	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	680,90	9
<b>04258</b>	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	355,75	7



# L - SYSTÈME DIGESTIF

**AVIS :** Lorsque le libellé de l'acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu.  
Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie. S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## LÈVRES

### Excision

<b>05112</b>	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (P.C. 13)	205,50	4
<b>05113</b>	Section du frein de la lèvre supérieure	34,55	3
<b>05167</b>	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	163,40	4
----	Lésion bénigne, précancéreuse ou cancéreuse	Voir tumeurs de la peau	2

### Réparation

	Fissure labiale		
<b>05320</b>	unilatérale	296,50	7
<b>05321</b>	bilatérale en un temps	355,75	7
<b>05322</b>	bilatérale en deux temps, chacun	237,20	5
<b>05323</b>	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	415,05	7
<b>05324</b>	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie)	392,15	6

## BOUCHE

### Incision

<b>05001</b>	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet	135,35	3
----	en cabinet	143,15	3
<b>05002</b>	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet	172,65	3

### Excision

<b>05173</b>	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (P.C. 13)	56,45	3
<b>05161</b>	Excision de grenouillette	143,75	3
	Excision de lésion maligne		
<b>05034</b>	2 cm ou moins	106,10	3
<b>05035</b>	plus de 2 cm	159,20	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.

<b>05158</b>	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	700,85	11
<b>05159</b>	désarticulation du condyle, supplément	59,30	

## DENTS ET GENCIVES

### *Incision*

<b>05004</b>	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	23,50	4
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
<b>05100</b>	simple	36,85	4
<b>05101</b>	compliquée (immobilisation par fil métallique)	38,00	4

### *Excision*

<b>05168</b>	Kyste dentaire Alvéolectomie	46,25	4
<b>05208</b>	premier centimètre	30,30	4
	chaque centimètre supplémentaire	14,80	
	maximum	237,50	

**AVIS** : Indiquer la longueur de l'alvéolectomie.

<b>05203</b>	Extraction dentaire une dent (P.C. 13)	11,10	4
	chaque dent supplémentaire au cours de la même séance opératoire	5,55	

**AVIS** : Indiquer le nombre de dents.

*L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est couverte uniquement pour les personnes assurées de moins de 10 ans ainsi que pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours.*

*Voir l'article 22 I) des règlements d'application de la Loi sur l'assurance maladie.*

<b>05014</b>	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	21,20	4
--------------	---	-------	---

## LANGUE

### *Incision*

<b>05006</b>	Libération du frein de la langue patient de plus de deux (2) ans	29,30	3
<b>05007</b>	Abcès de la langue (traitement complet)	C.S.	3

L - SYSTÈME DIGESTIF  
PALAIS ET LUETTE

**Excision**

	Excision de lésion bénigne de la langue		
05066	2 cm ou moins	44,45	3
05068	plus de 2 cm	88,85	3
	Excision de lésion maligne de la langue		
05069	2 cm ou moins	125,55	3
05070	plus de 2 cm ou glossectomie sub-totale	177,75	5

**Réparation**

05326	Glossoplastie	100,75	2
05327	Lacération mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	20,95	2
05328	Lacération étendue	C.S.	2

## PALAIS ET LUETTE

**Incision**

05008	Abcès du palais (P.G. 2.4.7.7 A)	23,50	3
05009	Fénelation du palais pour radiothérapie	23,15	3

**Excision**

05120	Uvulectomie (excision de la luette)	19,90	3
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	218,25	4

**Réparation**

05329	Fissure palatine en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau de Vomer	296,50	11
05330	Lambeau pharyngé	385,10	5
05398	Cure d'apnée nocturne par uvulo-palato-pharyngoplastie, incluant l'uvulectomie ou l'amygdalectomie ou les deux, le cas échéant	266,80	4
05335	Fistule palatine	296,50	3
05336	Rallongement complémentaire du palais	207,55	4
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire pour une déféctuosité du palais antérieur	296,50	4

## AMYGDALES ET ADÉNOÏDES

**Incision**

05021	Abcès périamygdalien, ouverture (P.G. 2.4.7.7 A)	30,45	3
-------	--	-------	---

**Excision**

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	50,05	4
05228	Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie)	96,25	3
05216	Adénoïdectomie	42,30	3

**Réparation**

<b>05481</b>	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhino-pharyngé	91,50	4
<b>05345</b>	Consultation re : hémorragie et assistance (incluant l'examen et la visite)	32,00	
<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>			

## PHARYNX

### *Incision*

	Incision, drainage et soins d'abcès		
<b>05016</b>	intraoral (P.G. 2.4.7.7 A)	38,25	3
<b>05017</b>	parapharyngé	118,90	4
<b>05018</b>	rétopharyngé	53,05	3
<b>05003</b>	myotomie du crico-pharyngé	313,75	4

### *Excision*

<b>05015</b>	Exérèse apophyse styloïde	132,80	4
<b>05126</b>	Exérèse de fistule branchiale	213,45	4
	Pharyngectomie		
<b>05127</b>	avec laryngectomie partielle (P.C. 13)	568,75	12
<b>05217</b>	transhyoïdienne ou latérale (P.C. 13)	385,35	7
<b>05172</b>	Exérèse de kyste branchial	189,70	4
<b>05153</b>	Exérèse de kyste ou sinus thyroïdienne récidivant ou non récidivant	177,85	4
<b>05176</b>	avec hyoïdectomie partielle	300,05	5
<b>05178</b>	Exérèse de sinus branchial	197,35	4
<b>05198</b>	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	361,70	6

### *Réparation*

<b>05342</b>	Pharyngoplastie	183,80	4
<b>05347</b>	Suture d'une plaie du pharynx	84,95	4

## GLANDES SALIVAIRES

### *Incision*

	Sialolithotomie		
	par voie buccale		
<b>05085</b>	un tiers (1/3) antérieur du canal	36,45	3
<b>05086</b>	deux tiers (2/3) postérieur du canal	99,65	4
<b>05087</b>	par voie externe	99,65	4
<b>05012</b>	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide, traitement complet (P.G. 2.4.7.7 A)	51,00	3

L - SYSTÈME DIGESTIF  
PAROTIDE

**05013** Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire (P.G. 2.4.7.7 A) 49,00 3

**Excision**

**05170** Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (P.C. 13) 33,40 3

**05213** Exérèse de glande sous-maxillaire (P.C. 13) 142,50 4

**PAROTIDE**

**05171** Exérèse de tumeur (sans dissection du nerf facial) (P.C. 13) 224,25 4

**05043** Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial 424,90 9

**Réparation**

**05340** Réfection du canal (plastie) 130,50 3

**05351** Réimplantation du canal de Wharton 190,95 3

**05341** Fermeture d'une fistule salivaire 158,95 3

**Manipulation**

**05801** Dilatation du canal 20,95 3

**OESOPHAGE**

**Incision**

Oesophagotomie

**05019** cervicale 189,80 4

**05020** thoracique 284,60 10

**Excision**

**05128** Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien 332,05 5

**05106** Résection de diverticule oesophagien avec myotomie 414,90 5

**05129** Exérèse de diverticule oesophagien, voie thoracique 462,50 8

**05130** Résection locale avec anastomose bout-à-bout 592,90 11

**05288** Oesophagectomie par voie transpleurale ou extrapleurale et oesophago-gastrostomie, incluant la vagotomie 1 101,10 14

**05289** Pyloromyotomie, supplément 142,95

**05223** Oesophago-gastrectomie 1 032,90 14

**05224** Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale 1 126,55 17

équipe de deux chirurgiens

**05220** chirurgien principal 877,50 17

**05221** deuxième chirurgien 343,95

Exérèse de tumeur bénigne de la paroi oesophagienne

**05275** approche cervicale 249,00 3

**05276** approche thoracique 379,40 10

**Réparation**

<b>05348</b>	Oesophagoplastie cervicale	308,30	5
<b>05354</b>	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	794,45	14
	équipe de deux chirurgiens		
<b>05333</b>	chirurgien principal	616,60	14
<b>05334</b>	deuxième chirurgien	237,20	
<b>05349</b>	Oesophago-gastrostomie (cardioplastie)	616,60	11
<b>05350</b>	Oesophago-cardio-myotomie (Heller) par voie abdominale ou thoracique	601,45	9
<b>05352</b>	Oesophago-jéjunostomie pour dérivation palliative	711,50	14
<b>05353</b>	Oesophagostomie (création d'une fistule externe de l'oesophage)	284,60	6
<b>05067</b>	Réparation d'une hernie diaphragmatique (toute approche)	545,60	7
	Perforation ou rupture de l'oesophage		
<b>05356</b>	voie cervicale	313,75	7
<b>05357</b>	voie thoracique ou thoraco-abdominale	545,50	12
<b>05338</b>	Réparation d'une hernie diaphragmatique par cardiogastroplastie incluant dilatation oesophagienne et procédé antireflux	811,15	14
<b>05358</b>	Ligature transoesophagienne de varices	628,50	11
<b>05395</b>	Mise en place d'un bouton de Prioton ou d'une ligne d'autosuture		
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne	308,30	3
<b>05359</b>	voie cervicale	219,35	5
<b>05360</b>	voie thoracique	426,90	10
<b>05339</b>	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne	794,45	14

**ESTOMAC**

**Incision**

<b>05022</b>	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt)	274,60	9
<b>05023</b>	Gastrostomie, temporaire ou permanente par laparotomie	226,50	4
<b>05076</b>	Vagotomie tronculaire ou sélective par voie abdominale ou thoracique, complémentaire à une intervention antérieure	462,50	7
<b>05082</b>	Vagotomie proximale (suprasélective)	462,50	7
<b>05025</b>	Gastrotomie avec exploration et/ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie	313,75	5

L - SYSTÈME DIGESTIF  
 INTESTIN (à l'exception du rectum)

<b>05111</b>	Gastrotomie incluant la laparotomie pour mise en place d'un tube de Célestin, Mousseau - Barbin, etc.	359,40	6
<b>Excision</b>			
	Gastrectomie		
<b>05114</b>	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 079,10	9
<b>05226</b>	totale incluant la vagotomie	1 129,50	11
<b>05205</b>	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	261,55	3
<b>05206</b>	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	196,20	
<b>05207</b>	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	320,30	
<b>05132</b>	résection en coin pour ulcère	610,05	5
<b>Réparation</b>			
<b>05363</b>	Pyloroplastie (P.G. 2.9)	667,70	6
<b>05364</b>	Pyloroplastie et vagotomie	697,30	6
	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:		
<b>05365</b>	sans vagotomie	610,05	5
<b>05366</b>	avec vagotomie	697,30	6
	Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:		
<b>05355</b>	Gastroplastie de réduction	915,95	11
<b>05305</b>	Gastroplastie prothétique ajustable	653,65	11
<b>05306</b>	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	1 198,85	11
<b>05307</b>	avec cholécystectomie, supplément	274,60	
<b>05308</b>	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	1 198,85	11
<b>05309</b>	avec cholécystectomie, supplément	274,60	
<b>05373</b>	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	733,40	7
<b>05375</b>	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	448,30	5
<b>05376</b>	Gastrorrhaphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiploplastie	485,85	9

**INTESTIN (à l'exception du rectum)**

**Incision**

<b>05108</b>	Endoscopie de l'intestin lors d'une laparotomie, supplément de	79,00	
<b>05027</b>	Iléostomie	350,25	5
<b>05125</b>	Entérostomie ou jéjunostomie	217,90	5
<b>05028</b>	Extériorisation de l'intestin, premier temps de Mikulicz	308,30	4
<b>05029</b>	Colostomie	339,70	5
<b>05030</b>	Caecostomie	308,10	5

	Révision d'entérostomie plus de 4 semaines après l'intervention originale		
<b>05088</b>	sus-fasciale	93,75	4
<b>05089</b>	sous-faciale	313,75	4
<b>05090</b>	Entéro-entérostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	360,15	7
<b>05091</b>	Colo-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	367,95	6
<b>05092</b>	Entéro-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	365,25	6
	Entérotomie ou colotomie avec exploration (incluant biopsie unique ou multiple) exérèse de corps étranger ou exérèse de polype (unique ou multiple)		
<b>05093</b>	unique	365,40	6
<b>05094</b>	multiple	449,25	8
<b>05095</b>	Colo-myotomie (myotomie de Reilley)	379,40	6
	<b>Excision</b>		
<b>05121</b>	Diverticule de Meckel	326,80	4
<b>05138</b>	Excision locale de lésion intestinale	313,75	6
<b>05139</b>	Résection d'intestin extériorisé	183,80	6
	Résection intestinale, sans anastomose		
<b>05136</b>	résection intestin grêle ou côlon avec iléostomie incluant la fermeture du bout distal	532,15	9
	Colectomie partielle avec amputation abdomino-périnéale du rectum et colostomie		
<b>05160</b>	un (1) chirurgien	879,55	11
	deux (2) chirurgiens		
<b>05162</b>	chirurgien abdominal	653,65	11
<b>05163</b>	chirurgien périnéal	237,20	
	Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie		
<b>05233</b>	un chirurgien	993,60	11
	deux chirurgiens		
<b>05234</b>	chirurgien abdominal	862,90	11
<b>05235</b>	chirurgien périnéal	237,20	
<b>05225</b>	iléostomie continente (Kock), supplément	166,85	
	Résection intestinale avec anastomose		
<b>05140</b>	grêle	457,60	9
<b>05141</b>	iléon terminal, caecum	531,90	9
<b>05142</b>	iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique (hémicolectomie droite)	528,75	9
<b>05154</b>	côlon transverse ou segment du côlon gauche	530,45	9
<b>05164</b>	hémicolectomie gauche	643,50	9
<b>05232</b>	colectomie totale avec iléo-rectostomie	839,70	11
<b>05165</b>	résection partielle du côlon avec colostomie et fermeture du rectum distal (Hartman)	540,80	9

L - SYSTÈME DIGESTIF  
INTESTIN (à l'exception du rectum)

<b>05166</b>	résection totale du côlon avec iléostomie et fermeture du rectum distal	836,40	11
	Colectomie totale avec résection de la muqueuse du rectum, formation d'un réservoir iléal, anastomose iléo-anale et iléostomie de dérivation		
<b>05279</b>	un (1) chirurgien	1 098,20	14
	deux (2) chirurgiens		
<b>05280</b>	chirurgien abdominal	960,90	14
<b>05281</b>	chirurgien périnéal	241,80	
<b>05282</b>	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir continent avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	960,90	14
<b>05229</b>	iléostomie continente (Kock), supplément	142,35	
<b>05230</b>	conversion d'une iléostomie conventionnelle en une iléostomie continente (Kock)	604,85	7
<b>Réparation</b>			
<b>05380</b>	Fistule stercorale - résection radicale	517,45	6
<b>05381</b>	Caecopexie ou sigmoïdopexie	274,60	3
<b>05382</b>	Révision de colostomie, cicatrice superficielle (sus-fasciale)	79,25	4
<b>05383</b>	Reprise de colostomie, en profondeur (sous-fasciale)	375,80	6
<b>05397</b>	Transposition de colostomie ou d'iléostomie dans un autre site avec ou sans laparotomie	442,20	5
<b>05389</b>	Suture intestinale (lacération de part en part)	245,15	4
<b>05390</b>	Fermeture d'entérostomie	418,20	7
<b>05391</b>	Fermeture de colostomie	325,40	6
<b>05392</b>	Suture de l'intestin avec colostomie	355,75	5
<b>05393</b>	Suture du mésentère post-traumatique	274,60	4
<b>05394</b>	Plicature du grêle (noble)	450,60	7
<b>05379</b>	Opération de Ladd pour malrotation intestinale	403,20	14
<b>Manipulation</b>			
<b>05805</b>	Réduction de prolapsus (P.C. 13)	19,00	
<b>05806</b>	Dilatation d'entérostomie, colostomie	17,70	
<b>05807</b>	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	41,05	
	Occlusion intestinale		
<b>05384</b>	sans résection	392,10	6
<b>05385</b>	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale	359,40	6
<b>05386</b>	avec anastomose	585,00	9
<b>05374</b>	avec entérostomie, résection et fermeture subséquente d'entérostomie	633,65	9
<b>05362</b>	Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	557,40	14
<b>05361</b>	Cure d'iléus méconial avec iléostomie en « Y » (type Bishop-Koop ou Santulli)	693,15	14

## APPENDICE

### *Incision*

<b>05036</b>	Drainage d'abcès appendiculaire	235,30	5
--------------	---------------------------------	--------	---

### *Excision*

<b>05201</b>	Appendicectomie, toute voie d'approche	283,05	3
--------------	--	--------	---

## RECTUM

### *Incision*

	Proctotomie		
<b>05040</b>	avec exploration	103,20	4
<b>05041</b>	avec décompression (imperforation anale)	103,20	4
<b>05042</b>	avec drainage (abcès périrectal)	104,75	6
<b>05044</b>	ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale de l'espace pelvi-rectal supérieur ou de la loge rétrorectale (P.C. 13)	118,90	3
<b>05045</b>	Myotomie ano-rectale par voie périnéale	195,60	4

### *Excision*

<b>05192</b>	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne du rectum	160,15	4
<b>05182</b>	Exérèse d'une tumeur villositaire du rectum par voie anale	279,90	4
<b>05183</b>	Exérèse par voie périnéale ou abdominale d'une tumeur ou récurrence de tumeur maligne du rectum	364,70	7
<b>05246</b>	Résection abdomino-sacrée du rectum	735,25	11
<b>05250</b>	Rectotomie postérieure Kraskee	326,90	4
	Proctectomie		
<b>05240</b>	résection antérieure	739,20	11
<b>05241</b>	résection périnéale, deux temps résection abdomino-périnéale, avec « pull-through » ou colostomie	450,60	9
<b>05242</b>	un (1) médecin chirurgien équipe de deux (2) médecins chirurgiens	865,05	13
<b>05243</b>	médecin chirurgien abdominal	640,60	13
<b>05244</b>	médecin chirurgien périnéal	231,25	
<b>05283</b>	colostomie lors d'un «pull-through», supplément	150,35	
<b>05245</b>	Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	721,75	9
<b>05253</b>	Opération pour mégacolon congénital toute technique	747,10	14
<b>05812</b>	Ablation de corps étranger, selon la nature	71,15	4
<b>05262</b>	Résection du muscle pubo-rectal avec ou sans coccygectomie	183,80	4
<b>05304</b>	Tératome sacro-coccygien (excision)	521,70	14

### *Réparation*

L - SYSTÈME DIGESTIF  
ANUS

<b>05400</b>	Anastomose du rectum (avec segment proximal)	612,45	9
<b>05401</b>	Proctostomie	219,35	4
	Imperforation anale		
<b>05418</b>	voie périnéale	308,30	14
<b>05434</b>	voie sacro-coccygienne	533,70	14
<b>05437</b>	voie abdominale et périnéale	664,10	14
	Protopexie		
<b>05403</b>	par voie abdominale	353,10	6
<b>05407</b>	avec résection du sigmoïde	496,85	6
	Prolapsus rectal		
<b>05404</b>	excision de la muqueuse (prolapsus muqueux) (P.C. 13)	219,35	4
<b>05405</b>	réparation périnéale majeure (Altmeier)	363,15	6
<b>05406</b>	approche abdominale	487,75	6
	Suture du rectum (post-traumatique)		
<b>05410</b>	approche extrapéritonéale	224,65	4
<b>05411</b>	approche intrapéritonéale	436,45	6
	Fermeture de fistule		
<b>05412</b>	recto-vaginale	404,50	5
<b>05413</b>	recto-vésicale	462,15	5
	<b>Manipulation</b>		
<b>05802</b>	Dilatation de sténose rectale, avec ou sans rectosigmoïdoscopie	35,30	3

## ANUS

### *Incision*

<b>05050</b>	Fistulotomie extrasphinctérienne (P.C. 13)	47,45	3
<b>05051</b>	Fistulotomie intrasphinctérienne	233,55	4
<b>05052</b>	Sphinctérotomie (P.C. 13)	63,70	3
<b>05055</b>	Cryptotomie	19,05	3

### *Excision*

<b>05143</b>	Cryptectomie simple	41,85	3
<b>05144</b>	Excision de peau périanale (languette) et/ou de marisque (P.G. 2.4.7.7 B) (P.C. 13)	48,35	3
<b>05184</b>	Exérèse de papillome (papille hypertrophiée)	48,75	3
<b>05185</b>	Cryptectomies et papillectomies multiples	109,80	4
<b>05186</b>	Excision locale pour lésion maligne	254,90	4
<b>05187</b>	Polype anal, paquet hémorroïdaire, un (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	48,40	3
<b>05257</b>	Fissurectomie sans sphinctérotomie	88,50	4
<b>05258</b>	Fissurectomie avec sphinctérotomie	118,90	4
	Hémorroïdectomie		
	avec ou sans restosigmoïdoscopie avec ou sans réparation de fissure		
<b>05252</b>	<b>externe, unique ou multiple</b>	96,10	4

	<b>interne et externe, incluant les languettes périanales et l'anoplastie du sphincter anal</b>		
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	104,00	4
<b>05248</b>	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 (P.C. 13)	226,50	4
<b>05239</b>	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie sous anesthésie	81,80	4
<b>05249</b>	Hémorroïdectomie selon la technique de McGivney, Barron, et al, par séance (P.G. 2.4.7.7 B)	49,65	3
	<b>Fistulectomie</b>		
<b>05254</b>	extrasphinctérienne	143,80	4
<b>05255</b>	intra ou suprasphinctérienne	233,55	4
<b>05256</b>	Hémorroïdes thrombosées (P.G. 2.4.7.7 B)	20,00	3
	<b>Réparation</b>		
<b>05303</b>	Curetage de fissure ou fistule	44,25	3
<b>05313</b>	Cautérisation ou cryochirurgie	28,50	3
<b>05314</b>	Fulguration de condylomes ou cryochirurgie de condylomes, un ou plusieurs, toute technique	61,40	3
<b>05310</b>	Électrocoagulation d'hémorroïdes ou cryochirurgie d'hémorroïdes	73,10	3
<b>05420</b>	Excision de cicatrice pour sténose	99,65	3
	<b>Anoplastie</b>		
<b>05421</b>	pour sténose	241,80	14
<b>05423</b>	pour membrane	136,40	14
<b>05422</b>	plastie du sphincter anal pour incontinence	241,80	4
<b>05428</b>	plastie du sphincter anal et anneau anorectal incluant transplantation musculaire	284,60	5
<b>05426</b>	encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	109,80	3
<b>05427</b>	ligature simple des pédicules hémorroïdaires	96,75	3
	<b>Manipulation</b>		
<b>05816</b>	Dilatation anale pour fissure sous anesthésie générale	31,30	4

## FOIE

### *Incision*

	<b>Hépatotomie</b>		
<b>05057</b>	exploratrice	343,95	4
<b>05059</b>	drainage d'abcès ou kyste	394,85	4
<b>05060</b>	ablation de corps étranger	410,35	4

L - SYSTÈME DIGESTIF  
VOIES BILIAIRES

**Excision**

	Hépatectomie		
<b>05145</b>	excision locale de lésion	354,15	6
<b>05146</b>	lobaire (réglée)	1 150,55	17
<b>05147</b>	partielle (résection de foie)	595,25	11
<b>05148</b>	Biopsie hépatique incisionnelle ou à l'aiguille au cours de toute laparotomie, une (1) ou plusieurs, supplément	76,25	

**Réparation**

<b>05430</b>	Marsupialisation de kyste ou d'abcès	343,95	7
<b>05417</b>	Ligature de l'artère hépatique pour métastases	379,40	7
<b>05431</b>	Rupture ou plaie	447,10	7
	Transplantation hépatique		
	Intervention « donneur »		
<b>05429</b>	hépatectomie totale	653,80	11
	Intervention « receveur »		
<b>05450</b>	transplantation orthotopique greffe et hépatectomie totale	2 964,60	17
<b>05451</b>	transplantation auxiliaire, greffe	2 964,60	17

**VOIES BILIAIRES**

(avec ou sans cholangiographie peropératoire)

**Manipulation**

<b>05109</b>	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	46,25	
<b>05037</b>	Remplacement du tube de terblanche incluant la fluoroscopie	91,30	3

**Incision**

<b>05049</b>	Hépaticotomie ou cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	438,80	6
<b>05056</b>	Cholécystotomie ou cholécystostomie	241,80	4
<b>05435</b>	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	614,90	9
<b>05419</b>	Cholécystentérostomie ou cholécysto-duodénostomie ou cholécysto-jéjunostomie	422,20	6
<b>05433</b>	Cholécysto-gastrostomie	367,65	6

**Excision**

<b>05149</b>	Biopsie des voies biliaires	176,50	4
<b>05150</b>	Lésions des canaux biliaires	403,20	7
<b>05151</b>	Exérèse du canal cystique restant	308,30	4

<b>05259</b>	Excision de l'ampoule de Vater	444,55	4
<b>05269</b>	Cholécystectomie, toute voie d'approche	475,35	4
<b>05270</b>	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)	332,05	6
	<b><u>AVIS</u></b> : Voir la <a href="#">Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie.</a>		
<b>05264</b>	Cholécystectomie et cholédochostomie	618,75	6
<b>05263</b>	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctérotomie	581,10	7
<b>05271</b>	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	719,10	9
<b>05277</b>	Cholédochoscopie, supplément	76,25	
<b>05278</b>	Cholécystectomie avec procédé antireflux Réopération sur les voies biliaires	665,95	9
<b>05272</b>	Cholédochotomie	616,35	7
<b>05273</b>	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie)	581,10	8
<b>05274</b>	Cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	687,75	9
<b>05436</b>	Réparation de sténose du cholédoque	735,25	9
<b>05439</b>	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu	810,60	9
<b>05440</b>	Implantation de trajet fistuleux	308,30	7
<b>05441</b>	Atrésie congénitale des voies biliaires, exploration seulement	367,65	12
<b>05485</b>	Atrésie des voies biliaires extra-hépatiques : cure par porto-entérostomie en « Y » avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique	936,80	14
<b>05486</b>	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique	936,80	14
<b>05442</b>	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	795,90	11
<b>05444</b>	Fermeture de fistule biliaire	397,90	3

## PANCRÉAS

### *Incision*

<b>05074</b>	Pancréatotomie	284,60	6
<b>05075</b>	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	604,85	9
<b>05005</b>	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		

L - SYSTÈME DIGESTIF  
 ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

premier quart d'heure	64,15	7
chaque quart d'heure additionnel	32,05	

**AVIS :** Pour les rôles 1 ou 4, indiquer la durée de l'intervention (débridement et irrigation).

**Excision**

Pancréatectomie		
<b>05155</b>	sub-totale, simple, excluant la tête	564,80 12
<b>05156</b>	pancréato-duodénectomie (Whipple)	1 252,80 17
<b>05218</b>	cholécystectomie, supplément	205,40
<b>05219</b>	vagotomie, supplément	130,75
<b>05157</b>	excision locale de lésion	367,65 7
<b>05188</b>	tumeur des îlots de Langerhans	640,30 12
<b>05265</b>	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	818,25 14
<b>05268</b>	pancréatographie peropératoire, supplément	46,25
<b>05189</b>	Excision de pseudo-kyste du pancréas	426,90 7
<b>05169</b>	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	85,10

**Réparation**

<b>05445</b>	Pancréatico-gastrostomie	632,90 9
<b>05446</b>	Pancréatico-duodénostomie	545,50 7
<b>05447</b>	Pancréatico-jéjunostomie	601,45 9
<b>05448</b>	Marsupialisation, pseudo-kyste du pancréas, drainage externe	308,30 7
Intervention donneur		
<b>05415</b>	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	592,90 10
Intervention receveur		
<b>05416</b>	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2 371,70 17

**ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON**

**Incision**

<b>05010</b>	Laparoscopie diagnostique	141,50 4
<b>05011</b>	Laparoscopie diagnostique lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	81,40 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.		
<b>05119</b>	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale	88,95 3

<b>05077</b>	Laparotomie avec ou sans biopsie (à l'exception de biopsie du pancréas et ganglions aortiques)	259,35	6
<b>05118</b>	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	281,40	6
<b>05191</b>	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	183,00	3
<b>05195</b>	Sutures infectées sous anesthésie locale	96,20	
<b>05196</b>	Sutures infectées sous anesthésie générale et révision de toute la plaie	116,35	4
	Abcès péritonéal		
<b>05080</b>	sous-phrénique	432,55	7
<b>05081</b>	abdominal, unique ou multiple	336,55	6
<b>05073</b>	Douglas, voie transrectale ou vaginale	130,50	4
<b>05083</b>	abcès rétropéritonéal	405,30	7
<b>05084</b>	Drainage d'abcès de la paroi abdominale (P.G. 2.4.7.7 A)	52,55	3
<b>05096</b>	Cathétérisme portal par voie ombilicale incluant laparotomie	198,90	5
<b>05482</b>	Dérivation péritonéo-jugulaire	355,75	8
<b>05483</b>	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	130,50	3
<b>05484</b>	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané trans-abdominal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse	176,20	2
<b>05487</b>	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	148,20	3
	<b>Excision</b>		
<b>05193</b>	Tumeur desmoïde ou rétropéritonéale	711,20	6
<b>05194</b>	Kyste du mésentère avec laparotomie	449,25	4
<b>05197</b>	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	109,80	
<b>05266</b>	Omphalectomie, plastie	103,20	3
<b>05267</b>	Omentectomie totale ou sub-totale (au moins les deux tiers (2/3))	220,20	4
	NOTE : l'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie.		
	<b>Réparation (toute voie d'approche)</b>		
<b>05454</b>	Épiplooplastie incluant transfert d'épiploon ( <i>toute indication</i> )	241,80	3
	Herniotomie inguinale ou fémorale		
<b>05455</b>	simple, unilatérale (P.C. 13)	281,15	3
<b>05456</b>	unilatérale avec hydrocèle ou hématoçèle	283,05	4
<b>05457</b>	bilatérale en un temps	377,15	5
<b>05458</b>	unilatérale avec exploration de l'autre côté, patient de seize (16) ans ou moins	284,60	4
	Étranglée ou incarcerated		
<b>05459</b>	sans résection intestinale	281,10	4

L - SYSTÈME DIGESTIF  
 ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

<b>05460</b>	avec résection intestinale	536,00	7
<b>05461</b>	Herniotomie inguinale et fémorale	326,80	5
	Herniotomie ombilicale (incluant l'omphaloplastie)		
<b>05462</b>	patient de plus de seize (16) ans (P.C. 13)	268,85	4
<b>05463</b>	patient de seize (16) ans ou moins	205,40	4
<b>05488</b>	cure de hernie de Spiegel	260,05	4
<b>05452</b>	cure d'omphalocèle ou gastroschisis	284,60	14
<b>05470</b>	omphalocèle compliquée avec fermeture de la peau réparation avec sac de silon (omphalocèle)	320,20	14
<b>05473</b>	premier traitement	313,75	14
<b>05474</b>	traitements subséquents	124,55	14
<b>05477</b>	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (P.C. 13)	251,40	4
	Herniotomie diaphragmatique congénitale		
<b>05478</b>	voie abdominale ou thoracique	525,05	14
<b>05467</b>	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale	653,65	14
<b>05468</b>	Herniotomie inguinale unilatérale avec orchidectomie (P.C. 13)	326,80	4
<b>05469</b>	Hernie incisionnelle	336,00	4
<b>05476</b>	Hernie récidivante (P.C. 13)	336,40	4
<b>05472</b>	Insertion de plaque synthétique, supplément	151,75	
	<b><i>AVIS : S'applique uniquement aux codes de facturation 05469, 05475 et 05476.</i></b>		
<b>05466</b>	Exérèse complète d'une mèche de Marlex	261,55	5
<b>05471</b>	Hernie épigastrique (P.C. 13)	261,85	4
<b>05475</b>	Réparation d'éventration postopératoire	351,55	5
	<b><i>Divers</i></b>		
<b>05479</b>	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	450,60	7
<b>05480</b>	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome)	575,25	11
<b>05489</b>	Splanchnicectomie coeliaque trans-hiliale unie ou bilatérale, toute voie d'approche	462,50	8

## ANNEXE

**Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie (*acte 05270*)**

**R égion 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)**



## M - APPAREIL URINAIRE

R = 1 R = 2

**AVIS** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

**06000** Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.) 332,05 6

## REIN

**AVIS** : Pour chaque intervention de la section Rein, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche;**
- **Intervention bilatérale.**

### *Incision ou extraction*

<b>06003</b>	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	246,85	4
<b>06036</b>	Néphrostomie par voie rétrograde (type Lawson) incluant les tubes de drainage	177,85	2
<b>06039</b>	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	123,35	3
<b>06012</b>	Calicopyélostomie, incluant néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans excrèse de calculs	522,95	9
<b>06008</b>	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	355,75	7
<b>06004</b>	Néphrotomie avec drainage (néphrostomie)	237,20	4
<b>06005</b>	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	522,95	9
<b>06006</b>	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	320,90	5
<b>06029</b>	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	237,20	3
<b>06007</b>	Traitement chirurgical de hernie lombaire	201,60	4
<b>06009</b>	Section de vaisseaux rénaux surnuméraires ou transposition (ne peut être associé aux codes 06320 ou 06332)	211,75	4

### *Excision*

<b>06100</b>	Biopsie du rein non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte chirurgical associé, faite par lombotomie	237,20	4
	Néphrectomie :		
<b>06101</b>	partielle	807,50	7
<b>06115</b>	totale incluant l'urétérectomie subtotal	658,85	7
<b>06200</b>	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale	977,30	9
<b>06199</b>	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	944,65	11

<b>06217</b>	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	355,75	5
<b>06204</b>	Marsupialisation de kyste rénal, unique ou multiple, ou exérèse ou les deux, unilatéral (ne peut être associé à un code de chirurgie rénale ouverte)	261,55	5
	Transplantation rénale excluant la thérapie immuno-suppressive		
<b>06221</b>	un (1) chirurgien équipe de deux (2) chirurgiens	793,50	11
<b>06222</b>	temps vasculaire	498,05	11
<b>06223</b>	temps urologique néphrectomie	213,45	
<b>06213</b>	chez le donneur vivant	415,05	9
<b>06214</b>	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	444,55	9

**AVIS :** Les codes de facturation **06213** et **06214** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.  
Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

#### **Réparation**

<b>06320</b>	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	438,80	7
<b>06321</b>	Pyéloplastie, toutes techniques, urétéro-pyéloplastie avec ou sans dérivation	326,90	5
<b>06322</b>	Néphropexie	215,70	5
<b>06804</b>	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplémentaire	45,80	
<b>06327</b>	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	569,20	7

#### **Suture**

<b>06325</b>	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	290,50	6
<b>06326</b>	Fermeture de néphrostomie, de pyélostomie ou de toute autre fistule rénale	355,75	6

#### **Opérations extra-rénales**

<b>06161</b>	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	915,15	9
<b>06162</b>	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	549,05	5

**AVIS :** Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.

## URETÈRE

**AVIS :** Pour les codes de facturation de la section Uretère, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- Intervention côté droit;
- Intervention côté gauche;
- Intervention bilatérale.

**Incision ou extraction**

<b>06019</b>	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.	246,45	3
<b>06015</b>	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	340,45	4
<b>06016</b>	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	601,45	5
<b>06044</b>	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 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.	687,65	5
<b>06024</b>	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.	557,60	5

**Excision**

<b>06109</b>	Excision d'un conduit iléal ou colonique	251,65	3
<b>06110</b>	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	424,65	4
<b>06111</b>	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	498,05	5

**Réparation**

<b>06330</b>	Urétérolyse unilatérale	308,10	4
<b>06331</b>	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de six (6) cm ou plus	569,20	6
<b>06332</b>	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie (anastomose complète urétéro-pyélique ou urétéro-urétérale) avec ou sans néphrostomie (ne peut être jumelé à l'acte 06321)	421,25	6
<b>06334</b>	Trans-urétéro-urétérostomie	683,05	7
<b>06337</b>	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse de teflon (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	426,90	5

<b>06335</b>	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage si plus de six (6) cm)	672,85	6
<b>06333</b>	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale avec ou sans urétérolyse Dérivation urinaire cutanée, incluant les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant	299,60	7
<b>06305</b>	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres)	544,65	7
<b>06315</b>	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock et autres)	1 185,80	15
<b>06338</b>	Conduit urétéro-iléal ou colonique avec cystectomie totale ou cysto-prostatectomie, excluant évidement ganglionnaire	1 493,55	16
<b>06324</b>	Urétérosigmoïdostomie unilatérale	260,90	8
<b>06340</b>	Urétérostomie cutanée unilatérale	796,85	7
<b>06328</b>	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	106,75	4
<b>06329</b>	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	284,60	5
<b>06318</b>	Urétéro et/ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal)	355,75	8
<b>Suture</b>			
<b>06348</b>	Urétérorraphie (réparation de l'uretère)	269,55	6
<b>06346</b>	Reprise de conduit iléal	C.S.	6
<b>06350</b>	Opération de Boari	710,40	7

## VESSIE

### *Incision*

<b>06010</b>	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 Cystostomie	188,15	3
<b>06020</b>	isolée	136,40	4
<b>06023</b>	avec électrocoagulation ou excision de tumeur vésicale ou les deux, avec ou sans extraction de calculs	192,60	4
<b>06025</b>	avec implantation de stimulant électrique	207,55	3
<b>06017</b>	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	176,50	3
<b>06018</b>	Dénervation de la vessie par transection	296,50	7
<b>06049</b>	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 boîtier en sous-cutané	948,75	11
<b>06022</b>	Ouverture et drainage d'un abcès de l'espace péri ou pré-vésical	124,55	4

### *Excision*

<b>06159</b>	Vésicostomie cutanée Cystectomie	355,75	3
<b>06113</b>	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple	344,15	5

M - APPAREIL URINAIRE  
URÈTRE

<b>06114</b>	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale	467,45	7
<b>06205</b>	totale excluant évidemment ganglionnaire	834,20	11
<b>06220</b>	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	201,60	4
----	Prostatectomie transurétrale de tissu prostatique résiduel	(voir génital mâle, prostatectomie)	
	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique)		
<b>06168</b>	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple	268,85	3
<b>Introduction</b>			
	Dilatation de la vessie	(Voir actes diagnostiques et thérapeutiques)	
<b>Destruction</b>			
<b>06301</b>	Litholapaxie, broyage d'un (1) ou plusieurs calculs et extraction des fragments	141,50	3
<b>Réparation</b>			
<b>06352</b>	Cystostomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	569,20	5
<b>06311</b>	Entéro-cystoplastie d'augmentation, excluant la cystectomie partielle, le cas échéant	683,05	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, excluant la cystectomie totale, les anastomoses urétéro-intestinales et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
<b>06312</b>	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	796,85	12
<b>06336</b>	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 307,40	15
<b>06277</b>	Valve de continence, supplément par valve	118,55	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
<b>06343</b>	univalvulaire	654,70	14
<b>06344</b>	plurivalvulaire	747,10	14
<b>06383</b>	Plastie pour exstrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	796,85	14
<b>Suture</b>			
<b>06357</b>	Cystorrhaphie, pour rupture de la vessie	318,55	5
<b>06358</b>	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	355,75	3
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
<b>06402</b>	par voie suspubienne	424,90	5
<b>06403</b>	par voie vaginale	345,95	4
<b>06423</b>	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	326,90	4

## URÈTRE

### *Incision*

<b>06030</b>	Urétrostomie externe antérieure	110,30	3
<b>06031</b>	Urétrotomie externe par voie périnéale	142,35	4

<b>06032</b>	Méatotomie comportant la section du méat, de l'hémostase et l'approximation des muqueuses	32,65	3
	Ouverture et drainage		
<b>06033</b>	d'un abcès périurétral profond	124,45	4
<b>06034</b>	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	203,50	4
<b>Excision</b>			
<b>06190</b>	Excision ou électrocoagulation d'un caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	65,40	3
<b>06210</b>	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme et femme)	196,20	4
<b>06211</b>	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	183,80	3
<b>06035</b>	Sphinctérotomie (sphincter externe)	185,00	4
<b>06215</b>	Urétréctomie totale	313,75	5
<b>06219</b>	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale, le cas échéant	106,75	4
<b>Réparation</b>			
<b>06362</b>	Urétropexie toute technique avec ou sans dérivation urinaire, incluant la cytoscopie peropératoire	308,15	4
	Urétrolyse post-urétropexie		
<b>06037</b>	par voie sus-pubienne	519,40	6
<b>06014</b>	par voie vaginale	257,60	6
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section.		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire		
<b>06446</b>	pour urètre antérieur, en un (1) temps, avec greffe	266,80	3
<b>06447</b>	pour urètre antérieur, en un (1) temps, sans greffe	237,20	3
<b>06448</b>	pour urètre antérieur, en deux (2) temps, chaque temps	196,20	4
<b>06449</b>	pour urètre postérieur, en deux (2) temps, chaque temps	237,20	3
<b>06450</b>	pour urètre postérieur, en un (1) temps, avec greffe	337,95	4
	Correction d'incontinence urinaire		
<b>06453</b>	incluant prothèse par voie périnéale (Kaufmann ou autres)	213,45	4
<b>06417</b>	sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	533,70	9
<b>06374</b>	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tangho, etc)	796,85	7
<b>06454</b>	Exploration du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant l'exérèse si nécessaire	213,45	3
<b>06384</b>	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	136,40	3
<b>06347</b>	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	91,30	3
<b>Suture</b>			
	Urétrorrhaphie avec ou sans dérivation urinaire		
<b>06366</b>	pour rupture antérieure	94,85	3
<b>06367</b>	pour rupture postérieure, opération immédiate	503,35	7
<b>06368</b>	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	295,20	6
<b>06369</b>	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire sans lambeau	284,60	4

M - APPAREIL URINAIRE  
URÈTRE

<b>06302</b>	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire avec lambeau	355,75	3
<b>06370</b>	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	233,60	3
<b>06371</b>	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	343,95	5
<b>06372</b>	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	177,85	4
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
<b>06295</b>	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau	71,10	4
<b>06296</b>	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur	177,85	4
<b>06297</b>	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur	296,50	5
<b>06298</b>	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	592,90	9





## N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

R = 1 R = 2

**AVIS** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## PÉNIS

### ***Incision***

<b>06026</b>	Traitement chirurgical du priapisme par anastomose vasculaire (toute technique) incluant anastomose caverno-spongieuse	237,20	3
<b>06040</b>	Traitement chirurgical du priapisme sans anastomose vasculaire (toute technique)	183,05	2
<b>06027</b>	Implantation de prothèse non gonflable pour impuissance organique	201,60	3
<b>06028</b>	Implantation de prothèse gonflable pour impuissance organique	355,75	4

### ***Excision***

<b>06126</b>	Traitement pour pathologie du prépuce incluant l'allongement du frein par technique à la cloche	22,75	
<b>06127</b>	toute autre technique	84,90	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** : Incrire le code de diagnostic approprié.

### ***Amputation***

<b>06119</b>	partielle du pénis, incluant segment d'urètre	313,75	4
<b>06218</b>	complète du pénis, incluant urétrostomie périnéale	627,55	3
<b>06120</b>	excision ou fulguration de lésions locales du pénis ou les deux	33,95	2
<b>06121</b>	Exérèse de prothèse pénienne	177,85	2

### ***Réparation***

<b>06354</b>	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire correction en un (1) temps (toute technique)	213,45	3
<b>06224</b>	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	426,90	5
<b>06226</b>	correction de chordée	179,35	4
<b>06227</b>	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	426,90	4
<b>06234</b>	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	878,60	11
<b>06236</b>	correction de chordée	355,75	3
<b>06237</b>	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	498,05	7
<b>06360</b>	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias) avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanés	683,05	5
<b>06379</b>	intervention supplémentaire pour correction de fistule uréthro-cutanée, une (1) ou plusieurs	71,10	4
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias		

<b>06228</b>	avec désinsertion des corps caverneux	415,05	7
<b>06229</b>	sans désinsertion des corps caverneux	249,00	4
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale avec ou sans dérivation urinaire		
<b>06238</b>	sans uréthroplastie	426,90	3
	Plastie du pénis corps caverneux spongieux		
<b>06380</b>	Après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	274,60	3
<b>06432</b>	Pour épispadias premier temps avec plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	592,90	7
<b>06433</b>	Pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	770,80	11
<b>06382</b>	Pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en deux (2) temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	355,75	3
<b>06364</b>	Réimplantation du pénis avec microanastomose	1185,80	17
<b>06314</b>	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	431,75	7
<b>06317</b>	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	533,70	9

**AVIS :** Pour les codes de facturation de la section Testicules, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche;**
- **Intervention bilatérale.**

## TESTICULES

### *Excision*

<b>06122</b>	Castration simple uni ou bilatérale	150,35	4
<b>06125</b>	Orchiectomie par voie inguinale	233,55	4
	NOTE : Si cure de hernie associée, voir code 05468, système digestif (cas particulier : C.S.).		

### *Réparation*

<b>06385</b>	Exploration chirurgicale pour torsion de l'hydatide et réparation	137,25	2
<b>06386</b>	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant	254,70	2
<b>06285</b>	Orchidopexie	424,65	3
<b>06391</b>	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	353,75	5
<b>06309</b>	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	233,55	4
<b>06388</b>	Rupture du testicule (réparation)	130,50	4

## ÉPIDIDYME

### *Excision*

<b>06128</b>	Épididymectomie unilatérale	118,55	2
<b>06129</b>	Exérèse de spermatocèle	141,50	2

**Réparation**

<b>06392</b>	Épididymo-vasostomie unilatérale	118,55	3
<b>06401</b>	Création d'un spermatocele, à l'aide d'une greffe veineuse à l'épididyme, incluant la prise du greffon	177,85	4
<b>06418</b>	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	237,20	5

**TUNIQUE VAGINALE**

<b>06393</b>	Cure d'hydrocele ou d'hématocèle unilatérale	141,50	2
--------------	--	--------	---

**SCROTUM**

<b>06389</b>	Traitement d'hydrocele ou spermatocele par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration le cas échéant	33,95	
--------------	--	-------	--

**Incision**

<b>06394</b>	Ouverture et drainage d'abcès intra-scrotal ou d'un hématocèle	69,35	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	77,15	3

**AVIS :** Voir la règle 2.4.7.7 du [préambule général](#).

<b>06390</b>	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocele, d'hydrocele, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épiddymaire, unilatérale	169,80	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.		

**Excision**

----	Exérèse de lésion de la peau du scrotum		(voir peau - phanères)
<b>06106</b>	Résection partielle du scrotum	146,60	4

**CANAL DÉFÉRENT**

**Excision**

<b>06232</b>	Vasectomie unilatérale ou bilatérale (toutes techniques) (P.C. 13)		
	En établissement..... (P.C. 13)	73,50	3
	En cabinet privé..... (P.C. 13)	134,95	
	Composante technique (en cabinet privé) supplément	93,05	

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Composante technique pour vasectomie unilatérale ou bilatérale en cabinet privé.**

**Réparation**

<b>06395</b>	Vaso-vasostomie unilatérale	118,55	3
<b>06444</b>	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie	283,05	5

## CORDON

### *Excision*

<b>06167</b>	Exérèse d'un kyste du cordon	118,55	2
<b>06397</b>	Exérèse de varicocèle unilatérale, excluant l'approche scrotale, non associé à une autre chirurgie inguinale ou scrotale ou les deux	192,60	3

## VÉSICULE SÉMINALE

### *Incision*

<b>06050</b>	Vésiculotomie de drainage	241,80	2
--------------	---------------------------	--------	---

### *Excision*

<b>06235</b>	Vésiculectomie	332,05	4
--------------	----------------	--------	---

## PROSTATE

### *Incision*

<b>06054</b>	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	219,35	4
<b>06055</b>	Biopsie ouverte, voie périnéale	160,15	3
<b>06051</b>	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	177,85	3
<b>06056</b>	Exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin	490,30	4

### *Excision*

	Prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
<b>06240</b>	suspubienne (un (1) ou deux (2) temps)	421,85	4
<b>06241</b>	rétropubienne simple	408,60	4
<b>06242</b>	périnéale simple	392,15	5
<b>06243</b>	rétropubienne radicale incluant vésiculectomie mais excluant évidemment ganglionnaire	878,60	9
<b>06244</b>	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale excluant évidemment ganglionnaire	915,15	6
<b>06247</b>	transurétrale	420,45	5
<b>06246</b>	par cryochirurgie	355,75	4
<b>06248</b>	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant	109,15	4
<b>06060</b>	réintervention après un (1) an ou plus	385,10	5
<b>06061</b>	réintervention en moins d'un (1) an	259,35	5
<b>06064</b>	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection trans-urétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès	237,20	5

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE  
PROSTATE

# P – GYNÉCOLOGIE

R = 1 R = 2

**AVIS :** Lorsque le libellé de l'acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A, B ou C, un supplément d'honoraires est prévu.

Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

NOTE : Les chirurgies gynécologiques peuvent être effectuées par chirurgie conventionnelle, par technique endoscopique ou au laser.

## VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

### *Incision*

<b>06043</b>	Périnéotomie ou périnéorrhaphie ou hyménotomie	83,10	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	91,00	3
<b>06062</b>	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	83,40	3

### *Excision conventionnelle ou au laser*

<b>06170</b>	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes) (P.G. 2.4.7.7 A)	33,05	3
<b>06169</b>	Condylomatose ano-génitale diffuse intéressant au moins 50 % de la région ano-génitale (sous anesthésie générale seulement)	140,20	3
<b>06172</b>	Marsupialisation du kyste de Bartholin (P.G. 2.4.7.7 A)	84,90	3
<b>06189</b>	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux Vulvectomie	115,50	3
<b>06253</b>	simple ou réintervention dans le cas du cancer	215,60	3
<b>06254</b>	radicale sans lymphadénectomie	462,50	5
<b>06256</b>	radicale avec lymphadénectomie inguino-pelvienne	877,50	8
<b>06258</b>	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux Plastie des grandes lèvres	84,90	3
<b>06356</b>	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	122,55	4

## VAGIN

### *Incision*

<b>06065</b>	Culdocentèse	30,80	3
<b>06066</b>	Colpotomie (exploration et drainage)	117,70	3

### *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

<b>06074</b>	première (par période annuelle)	66,75	3
<b>06075</b>	subséquente	40,60	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***

<b>06249</b>	Colpectomie pour lésions malignes (P.C. 13)	627,55	7
----	Caroncule urétrale ou ectropion (voir appareil urinaire)		
<b>06141</b>	Exérèse d'un septum vaginal	122,00	3
<b>06173</b>	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	83,40	3

***Réparation avec ou sans dérivation urinaire***

<b>06400</b>	Cystocèle (urétrocèle)	223,90	3
<b>06405</b>	ou rectocèle	221,80	3
<b>06406</b>	et rectocèle	302,20	4
<b>06426</b>	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	158,10	
<b>06425</b>	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entéroécèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	108,10	
<b>06408</b>	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	299,60	4
<b>06420</b>	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	398,60	3
<b>06410</b>	Rectocèle et sphinctéropexie anale	260,90	3
<b>06411</b>	Colpocléisis	311,35	3
	Urétropexie sus-pubienne		
<b>06412</b>	Marschall-Marchetti ou autres	299,60	3
<b>06414</b>	Entéroécèle ou colpocèle par voie vaginale	301,65	4
<b>06415</b>	Vaginoplastie (sténose)	84,90	3
<b>06419</b>	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	189,80	3
<b>06416</b>	Reconstruction vaginale avec greffe	426,90	9

***Suture***

<b>06421</b>	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	167,25	3
--------------	--	--------	---

**TROMPES**

***Excision***

<b>06260</b>	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	368,15	3
--------------	---	--------	---

***Réparation***

<b>06458</b>	Tuboplastie sans microscope, unilatérale ou bilatérale	369,60	3
<b>06428</b>	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, uni		

	latérale ou bilatérale	753,35	7
	latérale ou bilatérale	745,90	7
<b>Suture</b>			
<b>06430</b>	Traitement chirurgical, grossesse tubaire (ectopique)	369,80	4
<b>06429</b>	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage		
		169,80	3
<b>06451</b>	avec avortement thérapeutique	228,10	3
<b>AVIS</b> : Pour les actes codifiés <b>06430</b> et <b>06451</b> , l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas.			

## OVAIRES

### Excision

<b>06188</b>	Kyste ovarien, para-ovarien (incluant hydatide de Morgani) unilatéral ou bilatéral		
		368,55	4
<b>06177</b>	Tumeur intraligamentaire	314,20	3
<b>06261</b>	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	368,85	4
<b>06262</b>	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	364,65	4

### Réparation

Chirurgie conservatrice de l'endométriose

<b>06288</b>	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		
		735,35	7
<b>06299</b>	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes		
		370,10	4
<b>06263</b>	Ovariopexie	360,85	4

## UTÉRUS ET COL UTÉRIN

### Incision

<b>06070</b>	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	360,85	4
<b>06067</b>	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	279,90	4
<b>06069</b>	Laparotomie avec lymphadénectomie	423,60	4
<b>06073</b>	Laparotomie de contrôle pour néoplasie ovarienne, avec ou sans biopsie	340,15	4
<b>06072</b>	Métroplastie (utérus septus)	314,20	4

### Excision conventionnelle ou au laser

<b>06145</b>	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (P.C. 13)	82,55	3
--------------	---	-------	---

----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	90,40	3
<b>06146</b>	Conisation diagnostique du col au laser ou au bistouri (sous anesthésie générale ou péridurale seulement)	155,70	3
	Thérapie cervicale, incluant l'examen ou la visite		
<b>06811</b>	pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	55,30	3
<b>06812</b>	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	28,00	3
	Myomectomie		
<b>06142</b>	cinq (5) cm ou moins et cinq (5) myomes ou moins	367,75	3
<b>06143</b>	plus de cinq (5) cm ou plus de cinq (5) myomes	455,95	4
<b>06148</b>	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	458,55	3
<b>06154</b>	Technique laparoscopique, supplément	172,60	2
<b>06178</b>	Polypectomie simple	13,35	3
<b>06265</b>	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	454,65	4
<b>06252</b>	Hystérectomie abdominale totale et Marschall Marchetti avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	531,05	4
<b>06216</b>	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	799,80	7
<b>06266</b>	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	457,15	4
<b>06191</b>	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérec-tomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	796,90	9
	- lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	789,00	9
<b>06192</b>	avec résection du grêle incluant les anastomoses et l'iléostomie au même site, supplément	225,30	
<b>06193</b>	avec résection du colon incluant les anastomoses et la colostomie au même site, supplément	237,20	
<b>06194</b>	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	296,50	
<b>06195</b>	avec iléostomie ou colostomie, ou les deux, à un autre site que la résection, supplément	177,85	

P – GYNÉCOLOGIE  
UTÉRUS ET COL UTÉRIN

	Trachélectomie		
<b>06267</b>	abdominale	346,50	4
<b>06268</b>	vaginale	223,25	4
<b>06233</b>	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	910,75	11
	Hystérectomie radicale		
<b>06270</b>	avec lymphadénectomie pelvienne et avec biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 215,85	11
<b>06230</b>	avec paramétriectomie pelvienne et biopsie des gg	1 102,85	11
	Exentération pelvienne		
<b>06275</b>	antérieure	2 383,05	17
<b>06271</b>	postérieure	2 075,20	17
<b>06272</b>	antérieure et postérieure	2 964,60	17
<b>06276</b>	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	496,85	4
<b>06274</b>	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	531,05	4
<b>06273</b>	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	495,40	4
<b>06381</b>	Sympathectomie présacrée	314,20	4
	<b>Introduction</b>		
<b>06434</b>	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie (P.C. 13)	127,35	3
<b>06455</b>	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	117,70	1
<b>06456</b>	avec ablation de l'endomètre par électrocautérisation ou laser, supplément	212,20	2
-----	Laparoscopie	(voir appareil digestif)	
	<b>Réparation</b>		
<b>06431</b>	Examen gynécologique sous anesthésie générale pour lésion cancéreuse du tractus génital avec ou sans biopsie	71,10	2
<b>06452</b>	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	346,50	6
<b>06457</b>	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature des trompes	314,20	4

<b>06443</b>	Watkins ou LeFort	209,15	2
<b>Manipulation</b>			
<b>06817</b>	Réduction manuelle inversion utérine Avortement incomplet (spontané)	98,05	2
<b>06900</b>	par extraction menstruelle	34,50	
<b>06906</b>	par curetage (*) (P.C. 13) Avortement thérapeutique	129,50	3
<b>06908</b>	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 C)	34,50	
<b>06938</b>	en cabinet, supplément	15,40	
<b>06909</b>	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	122,25	3
<b>06939</b>	en cabinet, supplément Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines : Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	38,65	
<b>06941</b>	aspiration, curetage et évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	287,65	3
<b>06947</b>	en cabinet, supplément Deux temps :	38,65	
<b>06948</b>	1 <sup>er</sup> temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 C)	172,60	3
<b>06949</b>	2 <sup>e</sup> temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	129,50	3
<b>06951</b>	en cabinet, supplément	31,85	
<b>06924</b>	Cerclage du col chez la parturiente	105,45	3
<b>06952</b>	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	123,90	3
<b>06953</b>	en cabinet, supplément	36,45	

**AVIS** : Pour les actes codifiés **06900, 06906, 06908, 06909, 06941, 06948, 06949, 06924 et 06952**, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas.

## DIVERS

<b>06464</b>	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 (P.C. 13)	100,35	
--------------	---	--------	--

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.

P – GYNÉCOLOGIE  
DIVERS

Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif		
<b>06980</b>	un seul implant	109,05
<b>06981</b>	plus d'un implant à la même séance	139,60
<b>06982</b>	Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané	125,40
<b>06983</b>	Exérèse de plus d'un implant à la même séance	169,80





## 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 désencercelage 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 :** *Chacun des médecins doit utiliser :*

- l'élément de contexte **Soins post-partum effectués par plus d'un médecin;**
- le code de facturation **06901** ou **06992**.

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. Utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin.***

*Le médecin à qui les soins postopératoires ont été confiés a droit à 25 % des honoraires. Utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin.***

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 de facturation **06914** sous le présent onglet Q.*

- 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 de facturation **06986**, **06987** ou **06988** sous le présent onglet Q.*

## 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 de facturation **06944** sous le présent onglet Q.

## 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** : Utiliser l'élément de contexte **Séance différente** si l'examen est effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes de facturation **06903, 06912, 06913, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990** sont facturés.

Il en va de même pour les examens ou visites effectués au chevet de la parturiente après le 2<sup>e</sup> jour suivant l'accouchement ou après le 7<sup>e</sup> 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 6 529,80 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 8 064,60 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2019, payable trimestriellement, mais divisible en mois.

**AVIS** : Utiliser le code de facturation **09776** et indiquer le nombre de mois de garde en disponibilité.

*La facturation s'effectue à la fin de chaque trimestre. Le montant annuel du forfait de garde est divisible en mois. Les trimestres sont répartis comme suit :*

- 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre;
- 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre;
- 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars;
- 1<sup>er</sup> avril au 30 juin.

*Seul le rôle 1 peut être utilisé avec ce code de facturation.*

*Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

*La facturation du forfait codifié **09776** est incompatible avec celle du forfait de garde en disponibilité de l'[EP 38 – Garde en disponibilité](#) (code de facturation **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** : *Le médecin mentor doit faire parvenir à la RAMQ une lettre dans laquelle il fait part de son intention de se prévaloir de la mesure et d'agir comme mentor auprès de tout médecin de son établissement qui débute ou qui reprend sa pratique en obstétrique en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute.*

*Cette information doit être transmise à la RAMQ une seule fois par établissement où le médecin souhaite bénéficier de cette mesure.*

**Par la poste**

*Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3*

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** : *Le médecin mentoré doit faire parvenir à la RAMQ une lettre dans laquelle il fait part de son intention d'avoir recours au mentorat pour la pratique de l'obstétrique en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute.*

*Le calcul permettant de déterminer si un médecin peut bénéficier du mentorat s'effectue sur les 4 années précédant la date à laquelle le médecin a fait part de son adhésion à cette mesure.*

**Par la poste**

*Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3*

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** : Pour le mentor, indiquer :

- pour le professionnel en référence **Mentoré**;
- son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

Pour le mentoré, indiquer :

- pour le professionnel en référence **Mentor**;
- son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

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** : Pour obtenir les deux tiers du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne, le médecin qui assure une partie des soins durant le travail et qui se fait remplacer par un autre médecin doit utiliser :

- l'un des codes de facturation **06989** ou **06990** relatif à l'ensemble des soins durant le travail;
- l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique**;
- s'il y a lieu, le code de facturation **06923** pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

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 le médecin qui a remplacé un autre médecin en vue de poursuivre les soins durant le travail et qui à son tour est remplacé par un consultant pour effectuer l'accouchement ou la césarienne, utiliser :

- l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique**;
- l'un des codes de facturation **06986**, **06987** ou **06988** relatif à l'ensemble des soins durant le travail;
- s'il y a lieu, le code de facturation **06923** pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

Pour le professionnel en référence, indiquer Professionnel référant ainsi que le numéro du médecin qui a été remplacé et avec lequel un partage de la rémunération est prévu.

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 le partage de la rémunération, pour le médecin qui procède à l'accouchement, à l'exception du consultant, utiliser :*

- *l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique**;*
- *l'un des codes de facturation **06903, 06984** ou **06985** pour l'accouchement;*
- *s'il y a lieu, le code de facturation **06923** pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.*

*Pour le professionnel en référence, indiquer Professionnel référant ainsi que le numéro du médecin qui a été remplacé et avec lequel un partage de la rémunération est prévu.*

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.

<b>OBSTÉTRIQUE</b>		<b>R = 1</b>	<b>R = 2</b>
<b>06911</b>	Non stress test comprenant l'interprétation incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux	9,30	
<b>06942</b>	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement)	65,00	
<b>06915</b>	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen ou la visite	66,70	3
<b>06928</b>	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse, examen et visite	79,65	
<b>06921</b>	Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire	41,65	
<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.</i>			
<i>Voir la rubrique <a href="#">Répertoire des diagnostics</a>.</i>			
<b>06916</b>	Installation, contrôle et surveillance de moniteurs fœtaux 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)	39,80	
<b>06927</b>	Amniocentèse diagnostique ou génétique	39,80	
<b>06930</b>	Transfusion fœtale intra-utérine	160,50	
<b>06922</b>	Détermination du pH fœtal par un médecin autre que le médecin accoucheur	36,55	
<b>06925</b>	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	174,30	3
<b>06903</b>	Accouchement du lundi au vendredi (excluant les jours fériés) de 7 h à 19 h	483,45	4
<b>06919</b>	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	200,75	
<b>06097</b>	Accouchement par le siège, supplément	174,30	
<b>06923</b>	Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément	191,60	1
<b>NOTE :</b> Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990.			
<b>06984</b>	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)	705,90	4
<b>06985</b>	Accouchement : de 0 h à 7 h tous les jours (P.C. 13)	840,30	4
<b>06914</b>	Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement	167,10	
<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession. Voir l'article 6 b) du préambule particulier de l'obstétrique.</i>			
<b>06987</b>	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 Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement	502,00	
<b>06986</b>	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié)	483,45	

<b>06987</b>	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	502,00	
<b>06988</b>	de 0 h à 7 h tous les jours	538,65	
	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		
<b>06989</b>	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	322,30	
<b>06990</b>	samedi, dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	470,60	
<b>06912</b>	Césarienne avec ou sans stérilisation	398,10	8
<b>06913</b>	Césarienne et hystérectomie	637,00	12
<b>06946</b>	Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément	144,30	3

**AVIS :** Incrire le ou les codes de diagnostic médical.

Voir l'annexe I du présent onglet Q – Obstétrique.

Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

<b>06907</b>	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation, l'examen ou la visite si requis (P.C. 13)	83,60	2
--------------	---	-------	---

**AVIS :** Incrire le ou les codes de diagnostic médical.

Voir l'annexe I du présent onglet Q – Obstétrique.

S'il y a lieu, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.

Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

<b>06935</b>	Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal)	61,80	2
<b>06944</b>	Présence du médecin à la salle d'accouchement (P.G. 2.4.7.3 C)	60,20	

**AVIS :** Ce code de facturation est réservé pour la présence auprès du nouveau-né.

Voir l'article 7 du préambule particulier du présent onglet Q – Obstétrique.

Soins du post-partum durant l'hospitalisation

<b>06901</b>	soins du post-partum post accouchement vaginal	76,50	
<b>06992</b>	soins du post-partum post accouchement par césarienne (excluant les soins postopératoires)	76,50	

#### ANNEXE I

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

#### 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 foetale (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 foetale avant le début du travail, chez un enfant né vivant (768.2)
- Souffrance foetale remarquée d'abord pendant le travail, enfant né vivant (768.3)
- Détresse foetale (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)



## R - APPAREIL GLANDULAIRE

R = 1 R = 2

**AVIS** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.**Introduction**

<b>06310</b>	Implantation sous-cutanée de substance hormonale	13,85	
--------------	--	-------	--

## THYROÏDE

**Incision**

<b>06076</b>	Drainage d'abcès, soins complets	71,20	3
--------------	----------------------------------	-------	---

**Excision**

<b>06150</b>	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	156,90	4
<b>06151</b>	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	531,40	7
<b>06152</b>	Hémithyroïdectomie (lobectomie)	391,05	5
<b>06153</b>	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	160,35	3
<b>06180</b>	Excision de nodule solitaire	186,15	3
<b>06280</b>	Thyroïdectomie totale	645,50	7
<b>06281</b>	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	632,20	7
<b>06282</b>	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intra-thoracique	588,40	7
	Thyroïdectomie totale ou subtotale		
<b>06283</b>	avec évidement radical des ganglions cervicaux	939,60	12
<b>06284</b>	avec évidement localisé des ganglions cervicaux	741,80	9

## PARATHYROÏDE

## Exploration et/ou excision

<b>06186</b>	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	706,00	10
<b>06185</b>	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	747,45	9
<b>06181</b>	Transplantation de parathyroïde, une (1) ou plusieurs, supplément	136,25	

## SURRENALES

<b>06286</b>	Surrénalectomie bilatérale et/ou exploration (toute technique)	604,85	12
<b>06179</b>	Exploration surrénalienne avec ou sans surrénalectomie, uni ou bilatérale, pour endocrinopathie ou tumeur primitive, incluant le phéochromocytome	789,85	12

R - APPAREIL GLANDULAIRE  
SURRENALES

# S - SYSTÈME NERVEUX

R = 1

R = 2

**AVIS :** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

*Voir le paragraphe 8.2 du préambule particulier de la chirurgie.*

## CRÂNE & ENCÉPHALE

### Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

#### *Sus-tentorielles :*

<b>07520</b>	Lésions des ventricules latéraux	1 344,75	17
<b>07521</b>	Lésions du IIIe ventricule	1 536,80	17
<b>07522</b>	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 440,80	17
<b>07523</b>	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : crâniopharyngiome, gliome extra orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 728,95	17
<b>07524</b>	Lésions de la région pinéale	1 728,95	17
<b>07525</b>	Lésions de la voûte du crâne	480,25	11
<b>07526</b>	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 152,65	17
<b>07527</b>	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 056,60	17
<b>07528</b>	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quelque soit le nombre de biopsies)	476,50	9

#### *Sous-tentorielles*

<b>07529</b>	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 248,65	17
<b>07530</b>	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses Tumeur du tronc cérébral	1 344,75	17
<b>07531</b>	biopsie seulement	1 248,65	17
<b>07532</b>	exérèse 50 % et plus Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur	2 113,20	17
<b>07533</b>	5 cm ou moins	1 536,80	17
<b>07534</b>	plus de 5 cm	2 113,20	17

#### *Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)*

	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
<b>07535</b>	adénome enclos (grade 0, I & II)	1 056,60	17
<b>07536</b>	adénome envahissant (grade III & IV)	1 104,65	17
<b>07537</b>	crâniopharyngiomes	1 200,70	17
<b>07538</b>	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 104,65	17
<b>07539</b>	approche par septorhinoplastie, supplément	240,20	

	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
<b>07540</b>	Stade A	1 152,65	17
<b>07541</b>	Stade B	1 344,75	17
<b>07542</b>	Stade C & D (géants)	1 536,80	17
<b>07543</b>	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 104,65	17
<b>07544</b>	approche par septorhinoplastie, supplément	240,20	
<b>07545</b>	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par crâniotomie	1 728,95	17
<b>07546</b>	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 536,80	17
<b>07547</b>	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 152,65	17
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
<b>07548</b>	2/3 externe	1 152,65	17
<b>07549</b>	1/3 interne	1 536,80	17
<b>07550</b>	Lésions du Clivus	2 113,20	17
<b>07551</b>	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	1 728,95	17
	Lésions de la tente :		
<b>07552</b>	infratentorielles	1 440,80	17
<b>07553</b>	supratentorielles	1 344,75	17
<b>07554</b>	combinées	2 113,20	17
<b>07555</b>	Lésions intra-orbitaires par crâniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	1 728,95	17
<b>07556</b>	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 113,20	17

### **Lésions infectieuses & parasitaires**

#### ***Sus-tentorielles :***

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

<b>07557</b>	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 056,60	17
<b>07558</b>	sous-durales	672,40	17
<b>07559</b>	épidurales	672,40	17
<b>07560</b>	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	480,25	11
<b>07561</b>	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	480,25	11
<b>07562</b>	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	432,25	9

#### ***Sous-tentorielles :***

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
<b>07563</b>	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 248,65	17
<b>07564</b>	sous-durales	864,45	17
<b>07565</b>	épidurales	864,45	17
<b>07566</b>	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	720,40	14
<b>07567</b>	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	720,40	14
<b>07568</b>	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	672,40	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 :

<b>07570</b>	première, quelque soit sa morphologie	1 536,80	17
<b>07571</b>	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel supplément	384,20	
	<b>AVIS :</b> Indiquer le nombre d'anévrismes additionnels.		
<b>07573</b>	Si anastomose extra/intracrânienne, supplément	480,25	
	Crâniotomie pour malformation artérioveineuse		
<b>07574</b>	grade 1	1 344,75	17
<b>07575</b>	grade 2	1 613,65	17
<b>07576</b>	grade 3	1 882,65	17
<b>07577</b>	grade 4	2 151,60	17
<b>07578</b>	grade 5	2 420,55	17
<b>07579</b>	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	960,55	17
	Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :		
<b>07580</b>	par crâniotomie	768,45	14
<b>07581</b>	par trépanation ou crâniectomie et aspiration	384,20	9

<b>07582</b>	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 056,60	17
<b>07583</b>	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien	1 632,85	17
<i>Sous-tentorielles :</i>			
<b>07584</b>	Crâniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire toute technique	1 920,95	17
Crâniotomie pour malformation artérioveineuse :			
<b>07585</b>	grade 1	1 536,80	17
<b>07586</b>	grade 2	1 805,85	17
<b>07587</b>	grade 3	2 074,80	17
<b>07588</b>	grade 4	2 343,75	17
<b>07589</b>	grade 5	2 612,65	17
<b>07590</b>	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 059,05	17
<b>07591</b>	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 248,65	17
<b>07592</b>	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 344,75	17

### **Lésions vasculaires cervicales**

<b>07593</b>	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.	864,45	17
--------------	---	--------	----

### **Lésions traumatiques**

<b>07595</b>	Crâniotomie pour traumatisme crânien	960,55	17
<b>07596</b>	avec reconstruction crânio-orbitaire dans la même séance, supplément	192,10	
----	Trépanation simple		(voir Actes diagnostiques et thérapeutiques)
Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique			
<b>07597</b>	unilatéral	635,45	14
<b>07598</b>	bilatéral	935,75	17

### **Liquide céphalorachidien**

#### ***Dérivation interne :***

<b>07612</b>	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	528,30	14
<b>07613</b>	Dérivation ventriculaire double en y	699,20	14

#### ***Révision d'une dérivation :***

<b>07614</b>	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	336,20	11
<b>07616</b>	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	720,40	14
<b>07617</b>	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	336,20	9

**Ventriculostomie du III<sup>e</sup> ventricule pour hydrocéphalie**

<b>07618</b>	par crâniotomie	672,40	14
<b>07619</b>	par stéréotaxie	672,40	17
<b>07620</b>	par endoscopie	672,40	17
<b>Autres procédures :</b>			
<b>07621</b>	Torkildsen	528,30	14
<b>07622</b>	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan Dérivation sous-duro-péritonéale :	240,20	7
<b>07623</b>	unilatérale	480,25	11
<b>07624</b>	bilatérale Dérivation kysto-péritonéale :	576,30	14
<b>07625</b>	supratentorielle	480,25	11
<b>07626</b>	infratentorielle Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :	528,30	14
<b>07627</b>	supratentorielle	480,25	14
<b>07628</b>	infratentorielle	528,30	14

**Malformation congénitale crânio-encéphalique**

**Crâne :**

Crâniosténose :			
<b>07629</b>	correction neurochirurgicale de crâniosténose simple	576,30	14
<b>07630</b>	correction neurochirurgicale de crâniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	864,45	17
<b>07631</b>	correction neurochirurgicale de crâniosténose complexe	1 248,65	17
<b>07632</b>	NOTE : Si le médecin fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
<b>07633</b>	Morcellation crânienne pour crâniotomie multiple	672,40	14

**Méninges & Encéphale :**

Réparation d'une méningo-encéphalocèle :			
<b>07634</b>	supratentorielle	672,40	17
<b>07635</b>	infratentorielle	768,45	17
<b>07636</b>	base du crâne Crâniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :	864,45	17
<b>07637</b>	supratentoriel	768,45	17
<b>07638</b>	infratentoriel Drainage d'hygroma congénital :	864,45	17
<b>07639</b>	par trou de trépan seulement	249,80	11
<b>07640</b>	par crâniotomie	528,30	14

<b>07641</b>	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 248,65	17
<b>Neurochirurgie fonctionnelle &amp; stéréotaxie :</b>			
Installation du cadre plus			
<b>07642</b>	technique de localisation (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	240,20	7
<b>07615</b>	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	144,10	
<b>07643</b>	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	672,40	14
<b>07644</b>	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	1 248,65	17
<b>07645</b>	si lésion bilatérale, supplément	336,20	
exploration stéréotaxie d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :			
<b>07646</b>	unilatérale	864,45	17
<b>07647</b>	bilatérale	1 152,65	17
localisation et radiothérapie stéréotaxique incluant la technique de localisation :			
<b>07648</b>	externe	576,30	11
<b>07649</b>	interstitielle	864,45	17
<b>07650</b>	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	864,45	17
<b>07651</b>	implantation stéréotaxie de tissu vivant incluant la technique de localisation	741,35	17
crâniotomie stéréotaxique et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation :			
<b>07652</b>	corticale & sous-corticale	1 296,75	17
<b>07653</b>	thalamique des noyaux gris centraux	1 440,80	17
<b>07654</b>	si plus de 3 cm, supplément	192,10	
<b>Neurochirurgie de l'épilepsie</b>			
<b>07655</b>	Exérèse corticale focale	864,45	17
<b>07656</b>	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 248,65	17
<b>07657</b>	Lobectomie	1 152,65	17
Callosotomie			
<b>07658</b>	partielle	1 056,60	17
<b>07659</b>	totale	1 440,80	17
<b>07660</b>	Hémisphérectomie	1 920,95	17
Insertion d'électrodes			
<b>07661</b>	épidurales	240,20	5

S - SYSTÈME NERVEUX  
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

<b>07662</b>	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	96,05	
<b>07663</b>	au trou ovale	240,20	5
<b>07664</b>	sous-durales par crâniotomie	576,30	11
<b>07665</b>	Transection sous-piale	960,55	17
<b>07700</b>	Utilisation peropératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	160,15	
	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		
<b>07667</b>	avec greffe	960,55	17
<b>07668</b>	sans greffe	864,45	17
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
<b>07669</b>	avec greffe	288,15	
<b>07670</b>	sans greffe	192,10	
	extracrânien :		
<b>07671</b>	avec greffe	768,45	14
<b>07672</b>	sans greffe	672,40	14
<b>07673</b>	Section du XI dans le cou	192,10	7
<b>07674</b>	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau	480,25	11
<b>07675</b>	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 056,60	17

### Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
<b>07600</b>	portions mastoïdienne et tympanique	512,30	7
<b>07601</b>	incluant le ganglion géniculé, supplément	237,20	
<b>07602</b>	par fosse moyenne	853,80	17
<b>07603</b>	totale	1 304,35	17
<b>07604</b>	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	237,20	
<b>07605</b>	anastomose, supplément	118,55	
<b>07606</b>	greffe incluant prise de greffon, supplément	296,50	
	Réparation :		
<b>07607</b>	anastomose XII - VII	887,90	17
<b>07608</b>	avec greffe incluant prise de greffon	1 031,65	17

## Divers

	Crâniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
<b>07677</b>	sous-temporale	384,20	14
<b>07678</b>	sous-occipitale	480,25	14
	Crânioplastie :		
<b>07679</b>	acrylique ou métal ou repose du volet	576,30	11
<b>07680</b>	avec reconstruction osseuse autogène	960,55	17
<b>07681</b>	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	17
<b>07682</b>	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	768,45	17
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
<b>07698</b>	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	960,55	17
<b>07699</b>	si faite par voie endonasale	426,90	14
<b>07683</b>	Crâniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	288,15	9

## RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

### Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
<b>07684</b>	par voie postérieure	720,40	14
<b>07685</b>	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant	960,55	17
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
<b>07686</b>	un à quatre métamères	1 152,65	17
<b>07687</b>	plus de quatre métamères	1 920,95	17
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
<b>07688</b>	un à quatre métamères	1 440,80	17
<b>07689</b>	plus de quatre métamères	2 401,40	17
<b>07690</b>	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	899,05	17
<b>07691</b>	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 920,95	17
<b>07692</b>	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant	1 920,95	17
	<b>Dégénérative et traumatique</b>		
<b>07666</b>	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	749,45	14

<b>07701</b>	Décompression de moëlle ou queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours) NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un autre médecin.	576,30	14
<b>Lésions vasculaires</b>			
<b>07693</b>	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique pré-opératoire (avec ou sans évacuation d'hématome) Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :	720,40	14
<b>07694</b>	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 440,80	17
<b>07695</b>	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 401,40	17
<b>07696</b>	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 440,80	17
<b>07697</b>	Laminectomie pour hématome épidural primaire	720,40	14
<b>Lésions infectieuses</b>			
<b>07713</b>	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quelque soit le nombre de niveaux	720,40	14
<b>07714</b>	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 152,65	14
<b>07716</b>	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	960,55	14
<b>07717</b>	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 440,80	17
<b>Malformations congénitales du rachis &amp; moëlle épinière</b>			
<b>Rachis :</b>			
Résection de l'odontoïde par approche trans-orale pour décompression du tronc cérébral et de la moëlle cervicale incluant la trachéotomie			
<b>07718</b>	temps du neurochirurgien	1 296,75	17
<b>07719</b>	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	426,90	
<b>07720</b>	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	96,05	
<b>07721</b>	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	144,10	
<b>07722</b>	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	384,20	9
<b>Méninges :</b>			
Réparation de méningocèle cervical :			
<b>07723</b>	antérieur	1 152,65	17
<b>07724</b>	postérieur	720,40	14

	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
<b>07725</b>	antérieur	1 152,65	17
<b>07726</b>	postérieur	720,40	14
	Réparation de méningocèle sacré :		
<b>07727</b>	antérieur	960,55	17
<b>07728</b>	postérieur	720,40	14
	Réparation de méningocèle intraspinal (kyste extradural)		
<b>07729</b>	(kyste extradural)	720,40	14
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
<b>07740</b>	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	384,20	14
<b>07741</b>	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	624,35	14
	<b>Moëlle épinière &amp; queue de cheval :</b>		
<b>07730</b>	Réparation de myéломéningocèle	960,55	17
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
<b>07731</b>	un sac dural	768,45	14
<b>07732</b>	deux sacs duraux	1 248,65	17
<b>07733</b>	si libération d'une moëlle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	192,10	
	Traitement de moëlle ancrée :		
<b>07734</b>	première intervention	720,40	14
<b>07735</b>	réintervention	960,55	17
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		
<b>07736</b>	par laminectomie et marsupialisation du kyste	864,45	17
<b>07737</b>	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	864,45	17
<b>07738</b>	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 056,60	17
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
<b>07739</b>	intradural	192,10	7
	<b>Neurochirurgie fonctionnelle</b>		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et foraminotomie :		
<b>07751</b>	une racine	672,40	14
<b>07752</b>	chaque racine additionnelle	48,05	
	<b>AVIS :</b> Indiquer le nombre de racines additionnelles.		
<b>07753</b>	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	739,60	14
<b>07754</b>	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	67,25	

S - SYSTÈME NERVEUX  
NERFS PÉRIPHÉRIQUES

**AVIS** : Indiquer la durée supplémentaire de la chirurgie.

	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
<b>07755</b>	une racine	528,30	11
<b>07756</b>	chaque racine additionnelle	48,05	
	<b>AVIS</b> : Indiquer le nombre de racines additionnelles.		
<b>07757</b>	dénervation sélective de muscles pour torticolis spasmodique	240,20	7
	ramiscectomie postérieure :		
<b>07758</b>	unilatérale	720,40	14
<b>07759</b>	bilatérale	960,55	14
	Cordotomie ou myélotomie :		
<b>07760</b>	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	842,60	14
<b>07762</b>	tractotomie trigéminalle ouverte	799,45	14
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
<b>07763</b>	cordotomie (incluant la stimulation)	384,20	9
	rhizotomie postérieure :		
<b>07764</b>	une ou deux racines	96,05	9
<b>07765</b>	trois racines ou plus	155,90	
<b>07766</b>	tractotomie trigéminalle	384,20	14
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
<b>07767</b>	implantation d'électrodes par laminectomie	480,25	11
<b>07768</b>	implantation d'électrodes percutanées	288,15	7
<b>07769</b>	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	363,75	5
	implantation de cathéter :		
<b>07770</b>	per cutané (P.C. 13)	317,65	5
<b>07771</b>	par laminectomie	519,65	11
<b>07774</b>	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	48,05	5
<b>07773</b>	Révision du stimulateur ou de la pompe	288,15	5
<b>07844</b>	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	68,80	

## NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
<b>07172</b>	nerf majeur (P.C. 13)	208,05	5
<b>07189</b>	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (P.C. 13)	188,50	4

<b>07790</b>	névrome d'un nerf digital (P.C. 13)	117,70	4
	Sympathectomie :		
<b>07216</b>	cervico-dorsale, unilatérale	330,90	9
<b>07214</b>	péri-aortique	80,05	5
<b>07219</b>	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	294,15	7
<b>07220</b>	lombaire : unilatérale	305,95	7
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
<b>07207</b>	unilatérale, supplément	68,15	
<b>07208</b>	bilatérale, supplément	98,90	
----	présacrée (voir Gynécologie; utérus et col utérin)		
<b>07791</b>	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (P.C. 13)	144,20	3
<b>07792</b>	Neurolyse d'un nerf majeur (P.C. 13)	205,90	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
<b>07793</b>	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (P.C. 13)	128,05	3
<b>07333</b>	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	105,90	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
<b>07334</b>	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	128,05	3
<b>07130</b>	Section du nerf obturateur, unilatérale	104,60	4
<b>07131</b>	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	80,05	4
	Plexus brachial		
<b>07468</b>	dissection sous-claviculaire	533,70	11
<b>07469</b>	dissection sus-claviculaire	612,75	11
<b>07787</b>	dissection sus et sous-claviculaire	800,40	14
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
<b>07788</b>	chaque anastomose, supplément	213,45	2

**AVIS :** Indiquer le nombre d'anastomoses.

<b>07789</b>	chaque greffe, supplément	320,20	2
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 921,20	

**AVIS :** Indiquer le nombre de greffes.

En anesthésie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.

**AVIS** : *Ne pas fournir le protocole opératoire lorsque le code 07788 ou 07799 est facturé, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*

<b>07472</b>	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	186,75	5
<b>07473</b>	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (P.C. 13)	640,30	11
<b>07474</b>	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (P.C. 13)	333,10	9
	Microanastomose de nerf périphérique		
<b>07797</b>	nerf majeur (P.C. 13)	411,90	9
<b>07798</b>	nerf mineur (P.C. 13)	240,20	7
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
<b>07475</b>	nerf majeur	320,20	7
<b>07476</b>	nerf mineur	213,45	5
<b>07794</b>	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (P.C. 13)	354,75	11
<b>07352</b>	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (P.C. 13)	112,00	4
<b>07799</b>	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (P.C. 13)	106,75	6

## Divers

<b>07795</b>	Rhizotomie per-cutanée sous fluoroscopie, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	339,70	9
<b>07796</b>	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	411,90	7





## T - APPAREIL VISUEL

R = 1

R = 2

**AVIS :** Pour tous les codes de facturation de la section Appareil visuel, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- Intervention côté droit;
- Intervention côté gauche;
- Intervention bilatérale.

**AVIS :** Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## GLOBE OCULAIRE

<b>07045</b>	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	358,75	5
<b>07046</b>	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	213,80	4
	Énucléation		
<b>07133</b>	simple	158,00	3
<b>07134</b>	avec mise en place d'implant	260,00	4
	Éviscération		
<b>07136</b>	avec mise en place d'implant	197,55	4
<b>07356</b>	Implantation secondaire	204,20	3
<b>07358</b>	Grefe de sclérotique pour extrusion d'implant	263,45	5
<b>07361</b>	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.)	197,55	4
<b>07237</b>	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	454,90	6
<b>07047</b>	Prélèvement de l'oeil d'un cadavre, unilatéral ou bilatéral	52,30	
	<b>AVIS :</b> Cet acte est payable par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.		
<b>07800</b>	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	533,70	7

## CORNÉE

<b>07007</b>	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	88,95	3
	Kératectomie (avec ou sans exérèse de ptérygion)		
<b>07142</b>	partielle	94,60	2
<b>07225</b>	totale	98,85	2
<b>07194</b>	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	114,45	3
<b>07196</b>	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	169,50	4
<b>07362</b>	Recouvrement conjonctival (P.C. 13)	197,55	4
<b>07364</b>	Grefe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse	556,35	7
<b>07384</b>	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de quatre (4) dioptries	329,30	5

<b>07479</b>	Incision relaxante pour corrections d'astigmatisme (après une greffe de cornée) Curetage et/ou cautérisation	156,15	3
<b>07806</b>	sous anesthésie locale	27,15	
<b>07807</b>	sous anesthésie générale	60,95	2
<b>07816</b>	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion recidivante	52,30	3
<b>07808</b>	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	145,30	4
<b>07008</b>	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	581,10	7

## SCLÉROTIQUE

<b>07048</b>	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	98,85	3
<b>07226</b>	Sclérectomie pour glaucome	230,55	4
<b>07368</b>	Grefte sclérale	263,45	5

## IRIS ET CORPS CILIAIRE

<b>07801</b>	Iridotomie, iridectomie, trabéculoplastie, par photocoagulation ou par Laser YAG	160,30	4
<b>07802</b>	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG	157,70	4
<b>07815</b>	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	87,35	4
<b>07804</b>	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	400,65	6
<b>07814</b>	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intra-oculaires	197,55	5
<b>07051</b>	Sphinctérotomie	158,00	3
<b>07052</b>	Synéchetomie irienne (corélyse)	98,85	4
<b>07169</b>	Excision lésion irienne	276,65	4
<b>07170</b>	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	421,50	5
<b>07137</b>	Iridectomie périphérique ou complète	204,20	4
<b>07305</b>	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	145,30	3
<b>07372</b>	Iridodialyse (réparation)	204,20	4
<b>07805</b>	Iridencléisis	205,55	3
<b>07811</b>	Cyclodialyse	205,55	3
<b>07812</b>	Cyclodiathermie ou cyclocryothermie	134,35	4

## CRISTALLIN

	Cataracte, incluant les iridectomies		
<b>07261</b>	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire	475,00	5
<b>07244</b>	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée	299,45	5
<b>07262</b>	manoeuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	32,95	3

T - APPAREIL VISUEL  
CORPS VITRÉ

<b>07263</b>	manoeuvre intra oculaire incluant les sutures de McCannel	131,80	4
<b>07264</b>	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	230,55	4
<b>07227</b>	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé	385,05	6
<b>07228</b>	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un patient de seize (16) ans ou moins	438,80	6
	Cataracte membraneuse		
<b>07055</b>	discission	133,60	3
<b>07234</b>	avec ciseaux	197,55	3
<b>07002</b>	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré par laser YAG	158,00	4
<b>07006</b>	réintervention au même oeil dans les quatre (4) mois par le même chirurgien	87,35	4

**AVIS :** Le rôle 4 n'est pas payable pour les services codifiés **07261** et **07227**, sauf dans des circonstances exceptionnelles.

Pour ces situations, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#) et inscrire :

- la lettre A dans la case C. S.;

- les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue à cette fin.

## CORPS VITRÉ

<b>07240</b>	Vitrectomie antérieure (Ex. : avec brouteur - appareil motorisé à vitrectomie)	230,55	4
<b>07309</b>	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	71,20	3
<b>07325</b>	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie	237,20	4
<b>07375</b>	Transplantation ou remplacement de vitré	197,55	5
<b>07239</b>	Vitrectomie par la pars plana avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	508,30	6
<b>07285</b>	Vitrectomie par la pars plana avec dissection de membranes épitréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	596,15	9
<b>07295</b>	Section de bande du vitré excluant le laser YAG	525,30	6
<b>07022</b>	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	157,70	3

## RÉTINE

### Réparation

Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :

<b>07298</b>	superficiel	65,85	3
<b>07299</b>	profond	131,80	4

Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure

<b>07292</b>	première intervention	215,85	8
<b>07293</b>	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	106,75	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		
<b>07408</b>	première intervention	525,20	8
<b>07409</b>	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	619,20	9
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale		
<b>07310</b>	tumeur	256,80	3
<b>07313</b>	lésion hémorragique ou vasculaire	267,20	3
<b>07465</b>	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	329,30	7
<b>07466</b>	extraction d'une plaque de cobalt	66,50	4
	Photocoagulation, au laser ou autre procédé		
<b>07311</b>	première intervention	158,00	4
<b>07312</b>	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre (4) mois suivant la première intervention par le même médecin	92,25	4
	<b>AVIS :</b> <i>Ne pas fournir la pathologie requérant l'intervention subséquente, mais la conserver au dossier du patient pour référence.</i>		
<b>07314</b>	Cryopexie par voie transconjonctivale	129,10	3
<b>07376</b>	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive)	256,95	6

## 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.

<b>07210</b>	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical	353,05	4
<b>07211</b>	chirurgie sur un muscle petit oblique	349,85	4
<b>07212</b>	chirurgie sur un muscle grand oblique	373,60	4
<b>07213</b>	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	417,25	5
	Supplément pour muscle additionnel		
<b>07230</b>	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles)	38,45	
<b>07231</b>	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	43,20	

T - APPAREIL VISUEL  
ORBITE

<b>07232</b>	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	47,40	
<b>07233</b>	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles)	59,30	
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>07230, 07231, 07232 et 07233</b> , indiquer le nombre de muscles additionnels.			
NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.			
<b>07279</b>	transplantation musculaire, un (1) ou plusieurs muscles	382,35	5
<b>07283</b>	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	332,05	5
<b>07377</b>	Réparation à la suite de traumatisme	385,35	5
<b>07378</b>	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	118,55	

## ORBITE

<b>07061</b>	Fenestration du nerf optique	370,10	9
<b>07063</b>	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion Orbitotomie latérale (Kronlein)	106,90	3
<b>07281</b>	décompression	355,75	6
<b>07282</b>	tumeur	585,90	9
<b>07810</b>	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	388,65	6
<b>07284</b>	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	585,90	9
<b>07171</b>	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	325,95	6
	Exentération simple		
<b>07242</b>	sans greffe	277,95	5
<b>07243</b>	avec greffe	674,65	9
<b>07380</b>	Plastie du plancher de l'orbite	301,50	4
<b>07379</b>	Réduction de fractures de l'orbite	197,55	3

## PAUPIÈRES ET SOURCILS

----	Chirurgie du punctum	(voir appareil lacrymal)	
----	Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive)	(voir conjonctive)	
<b>Incision</b>			
<b>07065</b>	Ouverture d'orgelet et drainage	14,80	3
	Ouverture et drainage d'abcès		
<b>07066</b>	anesthésie locale (P.C. 13)	14,85	
<b>07067</b>	anesthésie générale comprenant l'examen sous anesthésie générale (P.C. 13)	59,20	2

**Excision**

<b>07173</b>	Chalazion (P.C. 13) Néoplasme Excision de tumeur bénigne ou maligne	30,35	3
<b>07156</b>	n'intéressant pas le rebord de la paupière (P.C. 13)	32,25	2
<b>07157</b>	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (P.C. 13)	194,00	4
	Kyste de la queue du sourcil		
<b>07176</b>	superficiel (P.C. 13)	108,95	2
<b>07177</b>	intraorbitaire (P.C. 13)	344,95	3
	Xanthélasma		
<b>07245</b>	exérèse simple unique	22,20	2
<b>07246</b>	exérèse simple multiple, uni ou bilatéral	34,15	2
<b>07247</b>	exérèse avec greffe cutanée	171,25	2
<b>07249</b>	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	42,80	3
<b>07420</b>	Réparation du canthus interne ou externe	111,90	4
<b>07421</b>	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	171,20	3
<b>07480</b>	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	499,45	7
	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie		
<b>07428</b>	sous anesthésie locale	13,20	
<b>07429</b>	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	52,70	2
	Ectropion ou entropion		
<b>07248</b>	technique simple (Fox, etc.) (P.C. 13)	98,85	4
<b>07250</b>	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	197,55	4
<b>07813</b>	cautérisation (incluant l'examen et la visite)	22,80	

**Réparation**

<b>07390</b>	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (P.C. 13)	520,05	7
	Blépharoplastie		
<b>07391</b>	simple excision de la peau d'une paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés (P.C. 13)	68,50	2
<b>07393</b>	excision de la peau, graisse orbitaire et reconstruction du pli de la paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés (P.C. 13)	230,55	3

**AVIS :** Pour les codes de facturation **07391** et **07393**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ et utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

	Ptose		
<b>07394</b>	suspension au frontal	164,65	4
<b>07385</b>	fasanella ou autre technique	129,10	4
<b>07395</b>	résection du releveur (P.C. 13)	294,35	4

T - APPAREIL VISUEL  
CILS

<b>07396</b>	réintervention	329,30	5
<b>07381</b>	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale Lacération de la paupière	128,05	4
<b>07386</b>	n'intéressant pas le bord libre (P.C. 13)	36,30	3
<b>07387</b>	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	188,70	4
<b>07403</b>	Tarsorrhaphie (P.C. 13)	98,85	4

CILS

<b>07400</b>	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie locale	22,50	
<b>07401</b>	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie générale incluant l'examen ou la visite Trichiasis localisé	52,70	2
<b>07402</b>	opération par résection sectorielle requérant la reconstruction du rebord de la paupière	159,40	4
<b>07404</b>	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	287,45	3

CONJONCTIVE

<b>07070</b>	Péritomie	46,10	3
<b>07069</b>	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite Excision de tumeur	21,65	3
<b>07178</b>	bénigne ou kyste sous anesthésie locale (P.G. 2.4.7.7 A)	28,90	
<b>07183</b>	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	52,70	2
<b>07179</b>	maligne, excision simple	164,45	4
<b>07180</b>	maligne, excision avec greffe	256,95	4
<b>07405</b>	Plastie conjonctivale avec greffe	151,50	4
<b>07406</b>	Symbélépharon ou ankyloblépharon, technique simple Symbélépharon	20,45	3
<b>07414</b>	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	174,20	4
<b>07407</b>	excision avec greffe Réparation de plaie traumatique	296,45	5
<b>07410</b>	suture simple de la conjonctive sous anesthésie locale	34,15	
<b>07434</b>	suture simple de la conjonctive sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie	54,85	2
<b>07411</b>	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	151,50	4
<b>07413</b>	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	76,40	4

APPAREIL LACRYMAL

<b>07071</b>	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	34,20	3
--------------	--	-------	---

<b>07072</b>	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	36,20	3
<b>07252</b>	Dacryocystectomie	158,00	3
<b>07253</b>	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	461,00	7
	Chirurgie du punctum		
<b>07053</b>	entropion	34,20	3
<b>07054</b>	ectropion	35,60	3
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation		
	sous anesthésie locale		
<b>07317</b>	un (1) oeil	14,70	
<b>07327</b>	deux (2) yeux	22,20	
	sous anesthésie générale		
<b>07318</b>	un (1) oeil	57,05	2
<b>07328</b>	deux (2) yeux	52,70	2
	Intubation du canal lacrymal		
<b>07319</b>	un (1) oeil	98,85	3
<b>07329</b>	deux (2) yeux	131,80	4
<b>07457</b>	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	29,15	3
<b>07458</b>	Réparation des canalicules sectionnés	261,75	4
<b>07419</b>	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	263,45	5
<b>07416</b>	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	296,45	5
<b>07459</b>	Canaliculo-dacryo-cysto-rhinostomie	362,25	5
<b>07399</b>	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales sous anesthésie générale	58,00	3
<b>07460</b>	Réintervention pour dacryo-cysto-rhinostomie	296,45	5

## CORPS ÉTRANGER

	Extraction d'un corps étranger		
	intraoculaire		
	(incluant la réparation simple de la plaie d'entrée)		
<b>07148</b>	segment antérieur (magnétique ou non magnétique)	227,10	4
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
<b>07152</b>	magnétique	359,30	6
<b>07153</b>	non-magnétique	399,35	5
	<b>cornéen</b>		
<b>07154</b>	sous anesthésie locale	23,00	
<b>07155</b>	sous anesthésie générale	59,40	2
<b>07199</b>	intraorbitaire derrière le septum	282,50	5
	conjonctival		
<b>07204</b>	<b>sous anesthésie locale</b>	7,50	
<b>07206</b>	<b>sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie générale et la fermeture de la conjonctive</b>	60,90	2

## TRAUMATISME OCULAIRE

<b>07461</b>	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion de un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	164,65	3
<b>07462</b>	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	230,55	4
<b>07463</b>	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère	329,30	5
<b>07464</b>	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	526,95	9





## U - APPAREIL AUDITIF

R = 1

R = 2

**AVIS** : Pour tous les codes de facturation de la section Appareil auditif, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- Intervention côté droit;
- Intervention côté gauche.

**AVIS** : Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

## OREILLE EXTERNE

### *Incision*

<b>07075</b>	Hématome (P.G. 2.4.7.7 B)	37,30	3
<b>07076</b>	Abcès du conduit (P.G. 2.4.7.7 A)	36,90	3

**AVIS** : Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général.

### *Excision*

<b>07150</b>	Fistule préauriculaire (P.C. 13)	198,00	4
	Kyste		
----	préauriculaire	Voir code 5172 système digestif	
----	du lobule	Voir code 1172 peau, phanères	
<b>07185</b>	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	129,35	3
<b>07184</b>	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	287,65	5
<b>07186</b>	avec évidement cervical	462,50	12
<b>07197</b>	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (P.C. 13)	32,75	3
<b>07255</b>	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	68,85	4

### *Réparation*

<b>07481</b>	Cochléo-sacculotomie Malformation congénitale	384,20	5
<b>07422</b>	mineure	116,20	2
<b>07423</b>	majeure	198,00	3

**AVIS** : Pour les codes de facturation **07422** et **07423**, ne pas fournir le protocole opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.

<b>07424</b>	Prominauris unilatéral chez un patient de moins de 18 ans (P.C. 13)	198,00	4
	Otoplastie, reconstruction du pavillon		
<b>07425</b>	absence partielle absence totale	196,20	3
<b>07412</b>	premier temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (P.C. 13)	652,25	11

<b>07415</b>	deuxième temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	160,15	3
<b>07417</b>	troisième temps : reconstruction du lobule 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	160,15	3
		<b>(voir « greffes libres »)</b>	
<b>07427</b>	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	384,20	5

## OREILLE MOYENNE

### *Incision*

	Myringotomie		
<b>07077</b>	mise en place du tube sous microscope, unilatérale (P.C. 13)	59,05	3
<b>07078</b>	Paracentèse unilatérale (P.C. 13)	32,30	3
<b>07081</b>	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 (P.C. 13)	142,35	4
<b>07082</b>	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	144,35	4
<b>07079</b>	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	260,90	5

### *Excision*

<b>07308</b>	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non): (Inclus dans la prestation de l'examen ou du service médical associé.)		3
<b>07187</b>	Polype de l'oreille moyenne	36,15	3
	Mastoïdectomie		
<b>07256</b>	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	231,25	4
<b>07259</b>	radicale ou modifiée sans reconstruction ossiculaire (Bundy) (P.C. 13)	355,75	5
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne		
<b>07487</b>	sans fraisage, ni modification du conduit	77,05	4
<b>07488</b>	avec plastie de Conque par voie postérieure (P.C. 13)	148,20	4
<b>07489</b>	avec moulage du mur du facial	207,55	4
<b>07490</b>	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	355,75	5
<b>07302</b>	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (P.C. 13)	26,80	3
<b>07257</b>	Stapédectomie (P.C. 13)	367,65	6
<b>07270</b>	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (P.C. 13)	445,85	6
<b>07286</b>	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	254,90	3

### *Réparation*

U - APPAREIL AUDITIF  
OREILLE INTERNE

<b>07430</b>	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	13,80	3
<b>07449</b>	Myringoplastie (a minima)	106,75	4
<b>07450</b>	Tympanoplastie (P.C. 13)	237,20	5
<b>07451</b>	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (P.C. 13)	384,20	6
<b>07452</b>	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément Masto-tympanoplastie	65,40	
<b>07491</b>	sans reconstruction ossiculaire (P.C. 13)	407,95	5
<b>07437</b>	avec conservation du canal osseux externe incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (P.C. 13)	474,30	5
<b>07435</b>	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	59,30	
<b>07436</b>	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	652,25	9
<b>07438</b>	Oblitération de cavité mastoïde	384,20	5
<b>07439</b>	Fénelation du canal semi-circulaire externe	384,20	5
	Décompression du facial (incluant la mastoïdectomie et l'approche endoaurale)		
<b>07343</b>	sans greffe	438,80	6
<b>07344</b>	avec greffe nerveuse	581,10	7
<b>07442</b>	Fermeture de fistule de la mastoïde	151,75	4
<b>07453</b>	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	373,60	6
<b>07494</b>	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	415,05	5
<b>07486</b>	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	2 490,30	16
<b>07493</b>	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	1 897,30	16
	<b>AVIS :</b> Pour les actes codifiés <b>07486</b> et <b>07493</b> inscrire le lieu de dispensation.		

## OREILLE INTERNE

### *Excision*

<b>07188</b>	Exérèse de tumeur du conduit auditif interne par voie trans-labyrinthique ou par voie d'approche de la fosse moyenne	986,60	12
<b>07265</b>	Exérèse de glomus jugulaire	C.S.	4
<b>07266</b>	Temporalectomie	652,25	12
<b>07267</b>	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	384,20	6
	Labyrinthectomie		
<b>07268</b>	par oreille moyenne	355,75	6

<b>07269</b>	par voie transmastoiïdienne	461,95	5
<b>07272</b>	Section du nerf de l'ampoule postérieure	373,60	5
<b><i>Introduction</i></b>			
<b>07316</b>	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	260,90	5
<b><i>Réparation</i></b>			
<b>07445</b>	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	515,90	7
<b>07446</b>	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	536,50	5

U - APPAREIL AUDITIF  
OREILLE INTERNE

## V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

### PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

**AVIS** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

#### 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 – Rémunération à l'acte \(1606\)](#), sauf indication contraire aux tarifs.

Voir le [Manuel des 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** : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

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** : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Étude morphologique non comparative**.

#### 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 bariure 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 bariure 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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

#### **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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

#### **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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

#### **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.

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

#### **RÈGLE 12. BILATÉRALITÉ**

**12.1** Le médecin qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

**AVIS** : Utiliser l'un des éléments de contexte suivant :

- Intervention côté droit;
- Intervention côté gauche.

### **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 41,45 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 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** : Inscire :

- le code de facturation **09222** pour un patient hospitalisé;
- le code de facturation **09299** pour un patient en hospitalisation d'un jour, en externe;
- le lieu de dispensation.

**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 14,25 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

**AVIS** : Inscire le code de facturation **09223**. Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.

### **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** : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

### **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.*

*Utiliser l'élément de contexte Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.*

**RÈGLE 19. TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

**19.1** On accorde un supplément de 28 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2018 et de 28,30 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 au médecin détenant de l'établissement des privilèges spécifiques en radiologie pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

**AVIS** : *Utiliser le code de facturation 08279.*

## TABLEAU DES HONORAIRES

R = 7 R = 1

**AVIS :** *En cabinet, utiliser la facture de services médicaux.*

*En établissement, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606).*

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.*

**AVIS :** *Pour les codes de facturation bilatéraux, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche.**

### TÊTE ET COU

	Crâne		
<b>08010</b>	trois (3) incidences ou moins	33,05	5,75
<b>08013</b>	quatre (4) incidences ou plus	41,05	8,15
	Selle turcique		
<b>08041</b>	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	26,00	6,50
	Massif facial		
<b>08123</b>	trois (3) incidences ou moins	25,20	6,45
<b>08124</b>	quatre (4) incidences ou plus	31,40	8,00
	Nez		
<b>08031</b>	minimum de deux (2) incidences	16,50	4,00
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
<b>08023</b>	minimum de trois (3) incidences	25,20	6,45
	Articulations temporo-maxillaires		
<b>08024</b>	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	25,20	6,45
	Sinus		
<b>08125</b>	trois (3) incidences ou moins	24,00	5,85
<b>08126</b>	quatre (4) incidences ou plus	28,65	8,00
	Mastoïdes - bilatérales		
<b>08076</b>	minimum de six (6) incidences	28,75	9,25
	Conduit auditif interne		
<b>08019</b>	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	26,00	6,30
	Oeil		
<b>08030</b>	recherche de corps étranger	16,40	6,75
<b>08028</b>	recherche et localisation de corps étranger	35,30	21,55
<b>08011</b>	Trous optiques	19,20	5,30
<b>08038</b>	Région des glandes salivaires	16,25	4,95
	Tissus mous du cou		
<b>08037</b>	minimum de deux (2) incidences	15,55	4,95
<b>08036</b>	Étude panoramique des maxillaires	17,80	4,80
	Dents		

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
TABLEAU DES HONORAIRES

<b>08034</b>	deux (2) régions dentaires ou moins	6,40	1,40
	<b><u>AVIS</u> : Voir le paragraphe 13.1 du préambule particulier.</b>		
	Céphalométrie		
<b>08077</b>	avec mesure des angles	20,75	24,35
	<b>COLONNE ET BASSIN</b>		
	Colonne cervicale		
<b>08127</b>	trois (3) incidences ou moins	28,65	4,25
<b>08128</b>	quatre (4) incidences ou plus	36,90	6,95
<b>08042</b>	Colonne dorsale	27,40	4,95
<b>08059</b>	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	32,05	6,80
	Colonne entière (série scoliotique)		
<b>08053</b>	minimum de quatre (4) incidences	61,65	14,90
<b>08101</b>	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	26,45	4,20
<b>08110</b>	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	34,30	4,20
<b>08058</b>	Articulations sacro-iliaques	24,00	6,40
	Bassin		
<b>08054</b>	une (1) incidence	16,50	4,20
<b>08056</b>	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	30,60	6,15
<b>08055</b>	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	35,20	6,75
	NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
	<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>		
<b>08060</b>	Clavicule	19,40	4,20
<b>08075</b>	Articulations acromioclaviculaires	24,00	6,40
<b>08118</b>	Articulations sterno-claviculaires	19,80	4,55
<b>08074</b>	Omoplate	21,50	4,55
<b>08062</b>	Épaule	21,30	4,65
<b>08063</b>	Humérus	16,50	4,20
<b>08064</b>	Coude	16,50	4,20
<b>08065</b>	Avant-bras	16,50	4,20
<b>08066</b>	Poignet	16,50	4,20
<b>08067</b>	Main	16,50	4,60
<b>08068</b>	Poignet et main	24,00	7,80
<b>08069</b>	Doigt ou pouce	12,80	3,15
	<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>		
	Hanche unilatérale		
<b>08080</b>	(2) incidences ou plus	26,90	4,95
<b>08083</b>	Fémur	16,50	4,20
<b>08084</b>	Genou, incluant la rotule	16,50	4,60
<b>08085</b>	Jambe	16,50	4,20
<b>08086</b>	Cheville	16,50	4,60
	Pied		
<b>08087</b>	tarse, calcaneum ou talon	16,50	4,20

<b>08088</b>	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	25,25	9,00
<b>08090</b>	Orteil	12,80	2,90
<b>08091</b>	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	24,80	6,75

### ÉTUDES DU SQUELETTE

	Étude du squelette pour âge osseux		
<b>08092</b>	une (1) région (main)	16,50	7,50
<b>08093</b>	deux (2) régions (main et autres)	29,55	8,85
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
<b>08280</b>	huit (8) incidences ou moins	65,70	12,10
<b>08281</b>	neuf (9) ou dix (10) incidences	70,75	21,20
<b>08282</b>	onze (11) incidences ou plus	90,35	23,45

### THORAX

<b>08100</b>	Poumons	23,95	5,50
<b>08108</b>	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	55,40	11,00
	Larynx, études spéciales		
<b>08113</b>	phonation	29,10	4,80
	Hémithorax (côtes)		
<b>08115</b>	deux (2) incidences ou plus	19,80	4,55
<b>08117</b>	Sternum	20,80	4,95
	Lecteur B		
<b>09943</b>	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 à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).

### ABDOMEN

	Abdomen		
<b>08150</b>	simple	16,50	4,35
<b>08152</b>	deux (2) incidences ou plus	25,90	5,95

### VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)

<b>08132</b>	étude palato-pharyngienne ou choanographie	37,45	19,55
<b>08133</b>	étude du pharynx et de l'oesophage	37,45	19,55
<b>08148</b>	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	34,95	29,40
<b>08157</b>	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08148, 08153, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	35,40	9,45
	Tube digestif supérieur		
<b>08154</b>	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	69,30	18,25

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
TABLEAU DES HONORAIRES

<b>08153</b>	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de cinq (5) ans)	64,50	32,30
<b>08158</b>	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	74,70	25,15
<b>08159</b>	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	98,00	29,05
<b>08162</b>	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	100,10	30,25
<b>08156</b>	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 08153, 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	45,65	18,00
<b>08164</b>	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle Colon, lavement baryté	83,00	49,85
<b>08149</b>	simple contraste	72,15	16,65
<b>08179</b>	pour réduction d'intussusception	65,20	98,05
<b>08160</b>	double contraste, comprend au moins 5 films pleine grandeur de l'abdomen	94,60	27,15
<b>08161</b>	Cholécystographie orale Cholangiographie	-	3,80
<b>08171</b>	par tube en T, incluant injection	30,30	13,20
<b>08163</b>	peropératoire		6,75
<b>08165</b>	par infusion intra-veineuse, incluant injection	43,20	19,55
<b>08180</b>	Pancréatographie peropératoire		13,10
<b>08182</b>	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	31,30	13,10

### VOIES GÉNITO-URINAIRES

	Pyélographie		
<b>08181</b>	i.v. incluant injection, abdomen simple et films post- mictionnels	72,20	24,20
<b>08186</b>	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	44,85	6,75
<b>08187</b>	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	35,40	5,95
<b>08190</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	57,50	11,85
<b>08196</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insection de chaînette le cas échéant (enfant de moins de cinq (5) ans)	53,60	20,90
<b>08189</b>	Vasographie - Déférentographie	22,10	4,80
<b>08191</b>	Kystographie rénale	13,45	3,65
<b>08198</b>	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	45,65	8,25

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

<b>08192</b>	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,70	3,65
<b>08193</b>	Pelvimétrie	22,90	8,95
<b>08197</b>	Hystérosalpingographie, incluant scopie	46,30	10,95

### FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

<b>08102</b>	Thorax	34,15	9,45
<b>08151</b>	Abdomen	34,15	9,45

<b>08121</b>	Squelette	34,15	9,45
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
<b>08270</b>	premier quart d'heure	14,60	18,30
<b>08271</b>	deux quarts d'heure	26,60	36,80
<b>08272</b>	trois quarts d'heure	39,90	55,10
<b>08273</b>	une heure ou plus	53,20	73,55

### EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
<b>08114</b>	graphie seulement	35,85	20,45
<b>08116</b>	fluoroscopie et positionnement par le médecin	60,80	35,45
	Bronchographie		
<b>08109</b>	unilatérale	33,90	17,15
<b>08111</b>	bilatérale	46,80	24,85
<b>08166</b>	Cholangiographie percutanée transhépatique	45,25	19,05
<b>08007</b>	Cisternographie opaque	77,65	25,95
<b>08027</b>	Dacryocystographie	29,65	7,70
<b>08098</b>	Discographie, un (1) niveau ou plus	34,10	20,20
<b>08004</b>	Encéphalographie	74,05	23,70
<b>08214</b>	Fistulographie	27,10	9,20
<b>08201</b>	Galactographie, incluant l'injection	41,05	34,10
<b>08202</b>	Kystographie mammaire, incluant l'injection	53,85	28,15
<b>08119</b>	Laryngogramme, avec contraste opaque	72,40	18,30
	Mammographie		
	sans examen clinique		
<b>08140</b>	unilatérale	28,10	6,25
<b>08141</b>	bilatérale	42,30	11,25
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
<b>08142</b>	unilatérale	28,10	13,85
<b>08143</b>	bilatérale	42,30	18,30
<b>08199</b>	Radiographie d'une pièce biopsique	25,70	4,95
<b>08204</b>	Mesure de la densité osseuse	42,00	15,60

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 :** Utiliser la facture de services médicaux peu importe le lieu de dispensation.

Pour le code de facturation **08204**, utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

Ne pas fournir les indications médicales mais les conserver au dossier du patient pour référence.

<b>08122</b>	Microradiographie des mains	13,10	4,05
--------------	-----------------------------	-------	------

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
TABLEAU DES HONORAIRES

	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
<b>08096</b>	contraste huileux	86,75	26,00
<b>08097</b>	contraste non ionique	186,10	26,00
<b>08008</b>	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		25,45
<b>08061</b>	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	71,05	78,15
<b>08025</b>	Sialographie	61,25	11,25
<b>08006</b>	Stéréotaxie	74,05	23,70
<b>08232</b>	Tomographie	62,90	13,30
<b>08242</b>	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
	en établissement		10,40
	en cabinet		19,75
	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 + 9,45 \$. (MOD 008)		

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.**

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 de facturation sous les titres Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation;
- la facture de services médicaux et inscrire les données d'identité de la personne assurée.

Pour l'interprétation seulement, utiliser :

- les codes de facturation sous le titre Angioradiologie interprétation et les tarifs correspondants;
- le formulaire [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).

### 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)		
<b>08401</b>	insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée		109,10
<b>08400</b>	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		109,10

<b>08402</b>	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	54,45
<b>08403</b>	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément	69,25
<b>08404</b>	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	18,25
<b><u>AVIS</u></b> : Pour les codes de facturation <b>08403</b> et <b>08404</b> , indiquer le nombre de vaisseaux.		
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.		
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.		
<b>08405</b>	Artériographie périphérique par ponction directe	40,25
<b>08406</b>	Lymphographie unilatérale	40,25
<b>08407</b>	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	19,05

### **ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)**

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
<b>08408</b>	non sélective	35,60
<b>08409</b>	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	34,10
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de vaisseaux.		
sélective avec quantification par moyen objectif :		
<b>08410</b>	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	15,90
<b>08411</b>	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	15,90
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre d'incidences.		
<b>08412</b>	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	27,85
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre d'artères.		
<b>08413</b>	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	13,60
<b><u>AVIS</u></b> : Indiquer le nombre de vaisseaux.		
<b>08414</b>	sélective carotidienne, unilatérale	35,60
<b>08415</b>	sélective vertébrale, unilatérale périphérique, membres inférieurs	35,60
<b>08416</b>	unilatérale	35,60
<b>08417</b>	bilatérale	71,10
<b>08418</b>	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	39,95

	Angiographie coronarienne	
<b>08419</b>	unilatérale	46,80
<b>08420</b>	bilatérale	93,70
<b>08421</b>	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	25,30
<b>08422</b>	Pontage mammaire-coronarien, unilatéral	46,80
<b>08423</b>	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	35,60
<b>08424</b>	Lymphographie, unilatérale	34,70

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR  
(un examen par région, par jour, par patient)**

**AVIS :** Utiliser la facture de services médicaux.

Voir l'[Annexe 5 – Tomodensitométrie – Établissements désignés.](#)

**Tête**

<b>08258</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	56,15
<b>08259</b>	sans injection de substance de contraste	44,80

**Cou**

<b>08260</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>08261</b>	sans injection de substance de contraste	67,85

**Thorax**

<b>08262</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>08263</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Abdomen** (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

<b>08264</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>08265</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Pelvis** (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)

<b>08266</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>08267</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Abdomen et pelvis** (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

<b>08268</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	120,75
<b>08269</b>	sans injection de substance de contraste	109,50

NOTE : La tarification de la région abdominale et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

**Rachis**

<b>08274</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	70,65
<b>08275</b>	sans injection de substance de contraste	65,10

**Extrémités**

<b>08276</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	55,15
<b>08277</b>	sans injection de substance de contraste	43,90
	Tarif de révision en tomodensitométrie	
<b>08257</b>	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie	21,20

**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**

<b>08570</b>	Tête	126,05
<b>08571</b>	Cou	126,15
<b>08572</b>	Thorax	158,40
<b>08573</b>	Abdomen	158,40
<b>08574</b>	Pelvis	158,40
<b>08575</b>	Extrémités	126,15
	Colonne	
<b>08576</b>	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	117,60
<b>08577</b>	deux segments	147,70
<b>08578</b>	trois segments	198,75

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).

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux**.

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 :

<b>08579</b>	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	17,80
--------------	--	-------

**AVIS** : Utiliser la facture de services médicaux.

Voir l'[Annexe 5 – Résonance magnétique – Établissements désignés](#).