

MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

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

La présente section du *Manuel des médecins spécialistes* comporte deux parties :

1. le texte intégral de l'*annexe 23* ;
2. les instructions de facturation qui s'y rapportent.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Celui auquel un centre hospitalier fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

1.3 S'ajoute une indemnité de 109 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

- a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;
- b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS : Pour le temps de déplacement, utiliser :

- le code de facturation **09992**;
- s'il y a lieu, l'élément de contexte **Déplacement pour prélèvement d'organes**.

c) d'un médecin spécialiste qui se déplace pour dispenser des soins dans une discipline et un établissement visés aux lettres d'entente n^{os} 102 ou 112, à moins que cet établissement ne soit déjà visé par l'article 2.

AVIS : Pour le temps de déplacement, utiliser la Facture de frais de déplacement et le code de facturation **09992**.

AVIS : Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce dans le cadre de la Lettre d'entente n^o 157 auprès d'un établissement visé par le mécanisme de remplacement et de support a également droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement **peu importe le territoire où est situé cet établissement**.

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

AVIS : Vous devez réclamer votre temps de déplacement dans la case HEURES DE DÉPLACEMENT sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) utilisé pour vos

frais de transport (kilométrage). Le temps de déplacement est remboursable uniquement avec la facturation des codes d'activité 078127 ou 078128.

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

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné par le ministre, est remboursé comme suit :

a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 109 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

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

a) Transport aérien ou ferroviaire

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

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

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

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

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

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

2.4 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné est compensé pour un temps d'attente imprévu (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).

On lui accorde alors une indemnité de 109 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

ARTICLE 3. FRAIS MAXIMAUX

3.1 Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander paiement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine, du dimanche au samedi.

1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)

Région 01

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

Région 02

- Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
Hôpital de Chicoutimi
- Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03

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

Région 04

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

Région 05

- CSSS du Granit

Région 07

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

Région 08

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

Région 09

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

Région 11

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

Région 12

- Centre hospitalier Beauce-Étchemin
- Centre hospitalier de la Région de l'Amiante
- Hôtel-Dieu de Montmagny
- Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins : Sanatorium Bégin

Région 14

- Centre hospitalier régional De Lanaudière

Région 15

- Centre hospitalier Laurentien
- CH et Centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION N° 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

Abrogé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

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

Ces chirurgies sont :

07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie

07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéctomie irienne (corélyse)

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07811 Cyclodialyse

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 6

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

- Examen du nouveau-né normal.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Anesthésie en soins palliatifs – visite de suivi, par jour (services médicaux codés 41023 et 41024).
- Anesthésie en soins palliatifs – Tournée des malades le week-end (services médicaux codés 41025 et 41028).
- Soins de ventilation – Niveau I – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00927 et 41029).
- Soins de ventilation – Niveau II – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00991 et 41030).

- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire (sauf pour les honoraires d'anesthésie)).
- Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, pulmonaire ou cardio-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.
- En cardiologie, le supplément à la visite principale, si médecin traitant pour patient admis en urgence (service médical codé 15703).
- Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire (services médicaux codés 41040, 41041, 41051, 41052, 41042, 41043, 41053 et 41054).
- Anesthésie en douleur chronique (services médicaux codés 41055, 41056, 41057, 41058, et 41059)

RÈGLE D'APPLICATION N° 7

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites pré-opératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie. Toutefois, les évaluations préopératoires préopératoires (codes d'actes 15382, 15383, 15384 et 15385) sont payables en sus de la chirurgie, si effectuées dans les 90 jours précédents.

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 8

URGENCES

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 11

TOMODENSITOMÉTRIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

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

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

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

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

Ne pas fournir les indications médicales, mais les conserver au dossier aux fins de références.

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

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale (code 08042), bassin 1 incidence (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée (code 08059) et hanche unilatérale – 2 incidences ou plus

(code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants dans le même établissement, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

CARDIOLOGIE

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Consultation en clinique externe effectuée le même jour.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. *Abrogé.*

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

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Autre étude de la morphologie cardiaque (08303) ou de la morphologie cardiaque foetale (08311) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue.

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

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

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

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

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

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Autre stimulation programmée du coeur (00176) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue.

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

RÈGLE D'APPLICATION N^O 20

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

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

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie.**

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

DERMATOLOGIE

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 24

NEUROLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 25

UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques sous la rubrique BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 26

PSYCHIATRIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N^O 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N^O 29

ALLERGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N^O 31

NÉPHROLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 33

ENDOCRINOLOGIE

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

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
- Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire
- Perfusion continue d'insuline

RÈGLE D'APPLICATION N° 34

RADIO-ONCOLOGIE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Soins d'urgence.*

En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un

même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N^O 36

PHYSIATRIE

Abrogé.

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

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

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

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

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

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

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

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

2.6 PA 17. Ophtalmologie

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

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

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

3. Le service médical " Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction " (code 07331) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 000 par semestre.

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

Date de prise d'effet : 1er décembre 2015

Toutefois, on applique pour la période du 1er au 31 décembre 2015 les plafonnements suivants : Le plafonnement d'activités prévu à l'article 2 est fixé à 84 services médicaux. Les actes excédentaires sont payables à 85% du tarif ;

le plafonnement prévu à l'article 3 est fixé à 168 services médicaux. Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 252 services médicaux et à 60 % pour les actes excédentaires.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

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

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

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

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

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

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

2.8 PA 20. Visites à domicile

Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 62 400 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 68 300 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section Médecine nucléaire du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 42 000 \$ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

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

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 625 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 séances par semestre comprenant un ou plusieurs des actes suivants :

Code 00356 Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles

Code 09412 Électromyographie extensive, 7 muscles et plus

Code 00357 Étude de la conduction nerveuse

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

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

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

2.14 PA 30 Dermatologie

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

1. Un plafonnement de 12 610 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins » (code 01102).

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

2. Un plafonnement de 6 890 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins » (code 01121).

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de 27 100 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 23 625 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

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

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

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

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Abrogé.

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement d'activités de 27 100 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE

PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX

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

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

Spécialité	Montant
Santé communautaire	256 600 \$
Biochimie	235 500 \$
Psychiatrie	351 000 \$

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 264 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

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

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 243 300 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 320 600 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 371 900 \$ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement. Pour le médecin classé en microbiologie-infectiologie, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant du supplément de consultation et de la visite principale qui s'y rattache. Pour le médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en

établissement provenant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

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

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

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

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

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 278 100 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 108 500 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 147 800 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous la rubrique *Chirurgie générale* ;
- ii) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline* et *Divers* ;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie* ;
- iv) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler pour fins de diagnostic*.

3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 174 400 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* ainsi que des services apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

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

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 119 700 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline*, *Divers* et *Chirurgie vasculaire*, exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;
- ii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie* ;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler pour fins de diagnostic*.

3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale

Pour le médecin classé en hématologie-oncologie médicale, les majorations d'honoraires payables en vertu des Règles 23.8 et 32 du *Préambule général* de l'annexe 4 pour un patient de moins de 18 ans ou pour un patient de 70 ans et plus ne s'appliquent plus, au cours d'une année civile, lorsque les gains de pratique du médecin, incluant ces majorations, excèdent 500 000 \$ au cours de cette année. Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique du médecin prévus au *Tarif de la médecine de laboratoire*.

DISPOSITIONS TARIFAIRES

(MÉDECINS SPÉCIALISTES)

ACCORD-CADRE DU 1^{er} OCTOBRE 1995

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

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

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

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

RÈGLE 1. PAIEMENT

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

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

RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

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

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

RÈGLE 3. ENSEIGNEMENT CLINIQUE

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

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

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

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

RÈGLE 4.

TARIFICATION NOUVELLE

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

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

AVIS : *Inscrire le code de facturation 09990.*

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 5.

VISITES

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

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

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

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

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

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La présente règle ne s'applique pas aux visites en pédiatrie et en biochimie médicale, à la visite de contrôle des soins de ventilation, à la visite de contrôle en médecine interne, à un patient traité par un généticien dans une unité de soins

intensifs ou de soins de néonatalogie ou à un patient traité dans une unité de soins intensifs par un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 6.

MALADE DIRIGÉ

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

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

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

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

CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉPREUVE DIAGNOSTIQUE OU TRAITEMENT

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

RÈGLE 7.

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

7.2 Une thérapie de communication comporte un honoraire fixe de 46 \$, pour la séance.

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

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

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

RÈGLE 8.

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

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

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

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Électroencéphalogrammes de base et de sommeil exécutés au cours d'une même séance.***

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 9. SURVEILLANCE

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

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

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

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

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

La tarification est de 39 \$ par période.

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

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

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

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

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

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

RÈGLE 11. RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

11.1 Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 74 \$.

S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 78 \$ pour le quart d'heure qui suit, et de 39 \$ par quart d'heure additionnel.

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

RÈGLE 12.

HONORAIRE GLOBAL

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

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

RÈGLE 13.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

RÈGLE 14.

SOINS D'URGENCE

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : Indiquer l'heure de début du service ou, en obstétrique, l'heure de la naissance.

*Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence**.*

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

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

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

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 232 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 154 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 311 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 154 \$ pour le reste de la garde.

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

- Code de facturation **09203** de minuit à 7 h;
- Code de facturation **09204** de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19 h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début du service.

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

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

*Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, utiliser l'élément de contexte **Séance différente.***

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

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

RÈGLE 15.

TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

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

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

RÈGLE 16.

HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 17.

TARIF DE LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT

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

AVIS : *Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques de l'onglet C du Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte, utiliser la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

Voir le titre Local sous gestion du gouvernement sous l'onglet B - Tarification des visites.

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

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

AVIS : *Cette règle ne s'applique pas en CLSC (voir les lettres d'entente n^{os} 12 et 29).*

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

RÈGLE 18. VISITE À DOMICILE

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

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

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

Les autres visites sont des visites de contrôle.

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

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

RÈGLE 19. RAPPORTS MÉDICAUX

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

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

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

RÈGLE 20. DÉCLARATION DE DÉCÈS

20.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 31 \$ pour la rédaction de la déclaration de décès.

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

RÈGLE 21. CLASSIFICATION

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

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

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

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

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

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

la gériatrie ou la rhumatologie, ne peut demander un changement de classification en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie.

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

RÈGLE 22. PRATIQUE HORS DISCIPLINE

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

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

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

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

RÈGLE 23. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 24

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 250 \$, sont majorés à 250 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

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

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

RÈGLE 25.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

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

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

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

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

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

RÈGLE 26.

VISITE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER

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

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

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

26.2 Pour le médecin classé en CCVT, on majore de 80 % l'honoraire des visites principales et des visites de contrôle effectuées en externe, en hospitalisation ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception

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

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

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

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

RÈGLE 27.

PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 300 \$, sont majorés à 300 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

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

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

RÈGLE 28.

SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

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

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

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

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

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

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

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

- Pour le médecin classé en pédiatrie:

*Utiliser le code de facturation **70002** pour la facturation relative aux codes de facturation **00234, 00249 et 00863.***

*Pour les autres codes de facturation, utiliser le code de facturation **70000.***

- Pour le médecin classé en médecine d'urgence:

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

- Pour les autres spécialités sauf la chirurgie générale:

Utiliser le code de facturation **70000**.

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

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

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

RÈGLE 29.

MAJORATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES

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

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

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes:

446.0 Périartérite noueuse

446.1 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire

446.2 Angéite allergique

446.3 Granulome malin de la face

446.4 Granulomatose de Wegener

446.5 Artérite à cellules géantes

446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique

446.7 Maladie de Takayasu

446.9 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision

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

696.0 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

710.0 Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 695.4

710.1 Sclérodémie progressive, sauf 701.0

710.2 Syndrome de Gougerot-Sjogren

710.3 Dermatomyosite

710.4 Polymyosite

710.8 Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres

710.9 Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

711.0 Arthrite à bactéries pyogènes

711.1 Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées

711.2 Arthropathies au cours du syndrome de Behçet

711.3 Arthropathies associées à des infections intestinales

- 711.4 Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes
- 711.6 Arthropathies associées à des mycoses
- 711.7 Arthropathies associées aux helminthiases
- 711.8 Arthropathies associées à d'autres maladies infectieuses et parasitaires, sauf 135-713.7
- 711.9 Arthrite infectieuse – sans précision
- 713.0 Arthropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 713.7-712-713.5
- 713.1 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses
- 713.2 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6
- 713.3 Arthropathies associées à des affections dermatologiques
- 713.4 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711
- 713.5 Arthropathies associées à des affections neurologiques
- 713.6 Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 716.2
- 714 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires, sauf 720-390
 - 714.0 Arthrite rhumatoïde
 - 714.1 Syndrome de Felty
 - 714.2 Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale
 - 714.3 Polyarthrite chronique juvénile
 - 714.4 Arthrite rhumatoïde de Jaccoud
 - 714.8 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres
 - 714.9 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision
- 720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires
 - 720.0 Spondylarthrite ankylosante
 - 720.2 Sacro-iléite, non classée ailleurs
 - 720.8 Autres spondylopathies inflammatoires
 - 720.9 Spondylopathies inflammatoires – sans précision
- 725 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque
 - 725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque – sans précision

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

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

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes:

Neurologie :

1. Maladie neuro-dégénérative

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

340.9 *Sclérose en plaques*

2. Maladie neuro-vasculaire

430.9 - 438.9 (sauf 435) *AVC*
435.9 *ICT*
780.2 *Syncope*
346.0 - 346.9 *Migraine*
780.4 ou 386.0 - 386.9 *Vertige*
458.0 *Hypotension orthostatique*
358.0 - 358.9 *Neuromyopathie*
356.0 - 356.9 *Polyneuropathie (étiologies diverses)*
357.0 - 357.9 *Polyneuropathie (étiologies diverses)*
359.0 - 359.9 *Myopathies (étiologies diverses)*

3.

191.0 - 191.9 *Tumeur cérébrale*

Endocrinologie :

1. Endocrinopathie

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

Cardio-vasculaire :

1.

414.0 *Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)*
413.9 *Angine*
411.90 *Angine instable*
411.90 *Syndrome coronarien aigu*
410.9 *Infarctus avec élévation du segment ST*
410.9 *Infarctus sans élévation du segment ST*
413.9 ou 411.90 *Ischémie silencieuse*

2.

440.9 *Maladie vasculaire (MVAS)*

443.9 *Maladie artérielle périphérique (MAP)*
443.9 *Claudication intermittente*
433.10 - 433.11 *Artériosclérose carotidienne*
444.0 - 444.9 *Ischémie artérielle aiguë (embolie ou thrombose)*
444.2 *Ischémie digitale / blue toe (embolie ou thrombose)*

3.

441.0 - 442.9	<i>Anévrisme vasculaire</i>
4.	
393.9 - 398.9	<i>Valvulopathies rhumatismales</i>
424.0 - 424.9	<i>Valvulopathies non rhumatismales</i>
5.	
996.61 ou 996.62	<i>Infection prothèse vasculaire</i>
6.	
428.0 - 428.9	<i>Insuffisance cardiaque</i>
7.	
427.0 - 427.9	<i>Arythmie</i>
427.31	<i>Fibrillation auriculaire</i>
427.4	<i>Fibrillation ventriculaire</i>
427.32	<i>Flutter auriculaire</i>
427.4	<i>Flutter ventriculaire</i>
427.0	<i>TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxystique)</i>
427.0	<i>TAM (tachycardie auriculaire multifocale)</i>
427.89	<i>Bradycardie sévère</i>
426.12 ou 426.0	<i>Bloc AV (auriculo-ventriculaire) de haut grade (type 2b et 3ième degré)</i>
427.81	<i>Syndrome de tachycardie-bradycardie</i>
427.81	<i>Maladie du noeud sinusal</i>

Respiratoire :

1.	
490.9 - 494.9	<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme</i>
2.	
495.0 - 495.9 ou 500.9 - 508.9	<i>Pneumopathies secondaires à agents externes (ex : poumon de fermier)</i>
3.	
514.9 - 518.89	<i>Pneumopathies touchant le tissu interstitiel (ex : fibrose pulmonaire-ARDS)</i>
4.	
162.0 - 162.9	<i>Tumeur pulmonaire</i>

Digestif :

1.	
150.0 - 159.9	<i>Tumeur digestive</i>
2.	
555.0 - 558.99	<i>Entérite et colite non infectieuse (inflammatoire ou ischémique)</i>
3.	
579.0 - 579.9	<i>Malabsorption</i>
4.	
530.2 ou 531.0 - 534.9 ou 578.0 - 578.9	<i>Maladie ulcéro-peptique et/ou hémorragie digestive</i>
5.	
571.0 - 571.9	<i>Cirrhose</i>
6.	
574.0 - 577.9	<i>Maladie des voies biliaires et du pancréas</i>

Néphrologie :

1. Maladie lithiasique

592.0 - 594.9 *Urolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Néphrolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Colique néphritique*

2.

584.5 - 586.9 *Insuffisance rénale*

3. Néphropathie

581.0 - 581.9 *Syndrome néphrotique*
580.0 - 580.9 ou
582.0 - 583.9 *Syndrome néphritique*
791.0 *Protéinurie*
580.0 - 583.9 *Glomérulonéphrite (étiologies diverses)*
791.0 *Microalbuminurie*
403.91 *Népropathie hypertensive avec insuffisance rénale*

4.

188.0 - 189.9 *Tumeur urologique*

5.

405.9 *Hypertension secondaire*

6.

642.31 - 642.94 *Hypertension gestationnelle*

Hématologie :

1. Anémie

281.0 - 281.9 *Anémie par déficience vitaminée ou autre
(sauf fer)*
280.90 - 280.99 *Anémie ferriprive*
285.0 - 285.9 *Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)*

2.

288.0 - 289.9 *Dyscrasie sanguine*

3.

204.00 - 208.91 *Leucémie*

4.

200.0 - 208.91
(sauf leucémies) *Tumeur maligne*

5.

444.0 - 444.9 *Maladie thrombo-embolique*

6.

286.9 *Thrombophilie*
286.0 - 286.9 *Trouble de coagulation*

Rhumatologie :

1. Arthrite

274.0 - 274.9 +
712.0 - 712.9 ou
275.0 - 275.9 +
712.0 - 712.9 *Microcristalline (goutte et pseudogoutte)*

713.0 - 713.8,	<i>Rhumatoïde et autres arthropathies inflammatoires</i>
714.0 - 714.9 ou	
716.0 - 716.9	
711.0 - 711.9	<i>Arthrite réactionnelle</i>
720.0 - 720.9	<i>Spondylite ankylosante et autres</i>
	<i>Spondylarthropathies inflammatoires</i>

2.

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

3.

710.0 - 710.9	<i>Collagénose</i>

4.

733.0	<i>Ostéoporose fracturaire</i>

5. Maladie infiltrative

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

Intoxication :

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

Polyintoxication

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

Maladies infectieuses :

038.0 - 038.9	<i>Sepsis</i>
	<i>Infection système nerveux central</i>
045.0 - 049.9	<i>- virale</i>
320.0 - 326.9	<i>- bactérienne</i>
421.0 - 421.9 ou	<i>Endocardite</i>
424.0 - 424.9	
480.0 - 486.9 ou	<i>Pneumonie</i>
487.0 - 487.9	<i>- si avec grippe</i>
513.0 - 513.1	<i>Abscès poumon</i>
510.0 - 510.9	<i>Empyème (pyothorax)</i>
001.0 - 009.3	<i>Gastro-entérite infectieuse</i>
	<i>(virale ou bactérienne)</i>
	<i>Diarrhée infectieuse</i>
	<i>Entérite infectieuse</i>
	<i>Colite infectieuse</i>
	<i>Infection urinaire</i>
599.0	<i>- sans précision</i>
595.0 - 595.9	<i>- si cystite</i>

590.0 - 590.9	- si pyélonéphrite
711.0 - 711.9	Arthropathie associée à des infections
996.66 ou 996.67	- si prothèse ou plaque
	<i>VIH - SIDA</i>
795.8	- Séropositivité
042.9	- SIDA
043.0 - 044.9	- Affections dues à l'infection par le VIH
681.0 - 682.9	Infections des tissus mous (cellulite)

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

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

RÈGLE 30.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

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

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

Utiliser l'élément de contexte Acte fait seul.

RÈGLE 31.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN NEUROCHIRURGIE

Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par le médecin classé en neurochirurgie sont majorés de 35 % lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et au CUSM – Site Glen (pédiatrique).

RÈGLE 32.

VISITES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

RÈGLE 33.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

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

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

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

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

RÈGLE 34.

RÉUNION CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

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

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

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

34.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 150 \$. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Le tarif sera de 175 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

S'y ajoute un supplément de 37,50 \$ par quart d'heure additionnel. Ce supplément sera de 43,75 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 50 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

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

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

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

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

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

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

- Annexe 41 concernant la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique

- Annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie
- Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes
- Annexe 44 concernant l'instauration d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences
- Lettre d'entente n° 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale
- Lettre d'entente n° 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec
- Lettre d'entente n° 203 concernant le projet pilote du Centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence (EVAQ)
- Forfait pour chimiothérapie
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Protocole concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné.

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

AVIS : Voir les codes de facturation **15405** et **15406** à la section Divers sous l'onglet B – Tarification des visites.

RÈGLE 35.

COMMUNICATION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UN INTERPRÈTE

Un supplément est payable lorsque la communication avec le patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète (code d'acte 3800715761). Ce supplément est payable en cabinet, à domicile et en établissement lors d'une visite. Ce supplément s'applique en sus de toute autre rémunération applicable en vertu des dispositions de l'Entente.

RÈGLE 36.

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

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

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

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

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

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

Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.

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

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

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

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

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

AVIS : Pour les instructions de facturation, voir l'onglet Frais de déplacement et de séjour du Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte.

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

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

RÈGLE 37.

GESTION DES MÉDICAMENTS (MÉDECIN ACCOMPAGNATEUR)

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

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

RÈGLE 38.

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

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

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

RÈGLE 39.

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

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

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

RÈGLE 40.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

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

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

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

En conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

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

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

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

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

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

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAUFFEUR DE TAXI

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

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

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

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

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

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

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

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

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agents des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;

- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (chapitre F-3.1.1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

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

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

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

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

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES

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

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

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

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

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

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

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (chapitre C-81);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (chapitre R-9);

6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (chapitre S-32.001) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette Loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1).

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

- B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

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

Téléphone : 418 643-8114

Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

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

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

- B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale

Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

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

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

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

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

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

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

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

Adresser la demande à :

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

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

Les adresses des provinces et des territoires

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

MANITOBA

Commission des services de santé du Manitoba

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

YUKON

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

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

ARTICLE 14.5

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

B - TARIFICATION DES VISITES

ADDENDUM 1. - MÉDECINE

1. Supplément de durée

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

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

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

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

Le médecin indique la durée de la visite.

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

2. Limitations

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

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

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

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

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

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

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

3.4 De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent désigner comme appartenant au groupe B, le médecin spécialiste qui détient à la fois un certificat de spécialiste en oncologie médicale et un certificat de spécialiste en

hématologie, lorsque ce médecin exerce principalement en oncologie médicale et n'a aucune activité de laboratoire.

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

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

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

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

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

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

Elle remplace la visite de contrôle.

TARIFICATION DES VISITES

NOMENCLATURE DES VISITES ET DES SUPPLÉMENTS DE CONSULTATION

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

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

EXEMPLE :

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

R = 1

ALLERGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	88,50
15363	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
----	Supplément de consultation 73,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,00
15364	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
09137	Supplément de durée	28,40

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

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

09129	Visite de contrôle	59,50
15365	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	88,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	88,50
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
----	Supplément de consultation 68,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	157,00
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09080	Supplément de durée	11,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

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

09094	Visite de transfert	38,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	42,00
15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	45,00
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour	107,00
09096	chaque jour subséquent	63,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Externe

09162	Visite principale	66,00
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
----	Supplément de consultation 54,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09078	Supplément de durée	16,80

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

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

09164	Visite de contrôle	38,00
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00

Salle d'urgence

15378	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	157,00
15379	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15380	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00

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

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

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,90
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

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

16000	par voie sous-cutanée ou intraveineuse, à domicile, par mois, par patient	75,00

Établissement :

Évaluation - greffe de moelle

15381	Évaluation d'un malade dirigé pour déterminer l'opportunité d'une greffe de moelle, dans les cas d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres)	250,00

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

AVIS : *Inscrire:*

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	66,00

---- **Supplément de consultation 54,00**

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00

09088	Supplément de durée	16,80

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

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine.*

09202	Visite de contrôle	38,00

R = 1

ANESTHÉSIOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	16,80

Supplément de consultation 22,60

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40

09129	Visite de contrôle	8,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	15,80

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80

---- Supplément de consultation 29,20

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00

09135	Visite de contrôle	10,50

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

15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 00984.	26,30

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent	47,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : *Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.*

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Soins intensifs

15482	Visite principale	60,00
----	Supplément de consultation 65,00	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00
15484	Visite de contrôle	24,00

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

Externe

09162	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle	10,50

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

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00

09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00
Établissement :		
Clinique d'évaluation préopératoire		
15485	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00
15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	125,00
15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00
15601	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
15602	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	125,00

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

- Établissement A : 10 demi-journées, du lundi au vendredi
- Établissement B : 5 demi-journées, du lundi au vendredi
- Établissement C : 2 demi-journées, du lundi au vendredi
- Établissement D : 1 demi-journée, du lundi au vendredi

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

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

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

NOTE : Les codes 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 sont réservés aux centres

désignés par les parties négociantes.

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09202	Visite de contrôle	10,50

R = 1

BIOCHIMIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	51,90
----	Supplément de consultation 54,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09129	Visite de contrôle	26,90

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	61,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,70
----	Supplément de consultation 44,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09094	Visite de transfert	44,60

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

09152	Visite de contrôle	21,60

Externe

09162	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09164	Visite de contrôle	22,10

Centre hospitalier de soins de longue durée

(et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09202	Visite de contrôle	22,10

R = 1

CARDIOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	81,60
----	Supplément de consultation 65,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,55
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	147,55

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

09129	Visite de contrôle	42,35

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	89,40
15703	Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément	40,00

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

NOTE : Le code 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	89,40
----	Supplément de consultation 86,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,30
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	176,30

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

09094	Visite de transfert	89,40

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

09152	Visite de contrôle	45,35
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	59,10
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	164,45
09096	chaque jour subséquent	92,10

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : *Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.*

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	80,25

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code de facturation **09224**.*

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	111,80

00024	Visite de départ	85,55

15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	20,00

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

Externe

09162	Visite principale	64,50

----	Supplément de consultation 51,30	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80

15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80

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

09164	Visite de contrôle	39,50

Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque

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

16004	première visite	131,50

16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile)	65,80

15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	20,00

NOTE :

1. Les codes 16004, 16005 et 15705 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.
2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, le code 16004 peut être demandé par un autre médecin.
 - CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or
 - CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles
 - CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache

15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque	99,25

Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM - Hôpital Notre-Dame

- CUSM - Site Glen
- CHU Sainte-Justine
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	183,55
15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	183,55

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

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

09147	Visite principale	26,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,30
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,80
09148	Visite de contrôle	13,75

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :

09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	328,95
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	147,30

NOTE : Le code 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital de Fleurimont et Hôtel-Dieu).

AVIS : *Pour les codes de facturation 09207 et 09208, inscrire:*

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

15706 Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée 147,30

NOTE : Le code 15706 ne peut s'appliquer à l'angioplastie coronarienne ou extrathoracique et il ne peut être facturé le même jour que l'intervention.

NOTE : Le code 15706 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

15130 Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale 181,60

AVIS : Pour les codes **15706** et **15130**, inscrire:

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

Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- **Institut de Cardiologie de Montréal;**
- **Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);**
- **CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);**
- **CUSM (Site Glen, Hôpital général de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal);**
- **Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;**
- **CHU Sainte-Justine;**
- **CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu;**
- **CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval)**
- **Hôpital général juif**

15664 Rapport de consultation à distance nécessitant une révision d'imagerie (coronarographie, ultrasonographie, IRM) à la demande d'un médecin référant d'un autre établissement, pour évaluer la nécessité d'un transfert ou l'éligibilité à une thérapie correctrice chirurgicale ou par intervention percutanée, avec rapport écrit au dossier 65,80

NOTES :

- 1) Le code 15664 ne peut être facturé avec les codes 98101 et 98105.
- 2) Le code 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00294, 00632, 00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour, par le même médecin.
- 3) Le code 15664 ne peut être majoré selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

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

15707	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	157,90

AVIS : *Inscrire:*

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80

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

09202	Visite de contrôle	39,50

R = 1

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	52,60

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09292	Supplément de durée	26,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	43,10

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09152	Visite de contrôle	28,30

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	132,60
09096	chaque jour subséquent	74,30

NOTE : Ce forfait n'est payable qu'au chirurgien cardiovasculaire et thoracique qui détient une certification en soins intensifs.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

- par jour, par patient

09097	premier jour	104,00

09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à

l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Soins intensifs

15746	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	150,00

NOTE : Le code 15746 n'est payable qu'à un chirurgien cardiovasculaire et thoracique intensiviste désigné par les parties négociantes.

Externe

09162	Visite principale	94,40

----	Supplément de consultation 5,00	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,40

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,20

----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

15747	Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique	94,40

09164	Visite de contrôle	28,30

Établissement

09293	Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier	56,70

Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).

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

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Complexe hospitalier de la Sagamie

- CUSM - Site Glen et Hôpital Général de Montréal
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Notre-Dame du CHUM
- Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
- Hôpital Saint-Luc du CHUM
- Hôtel-Dieu du CHUM
- Institut de Cardiologie de Montréal
- L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B.Davis
- CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval

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

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	37,90
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,40
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	43,10
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 7.	
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	Visite de contrôle	28,30

R = 1

CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	69,00
----	Supplément de consultation 70,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	139,45
----	Supplément de consultation anténatale 51,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15708	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	120,00
	NOTE : Le code 15708 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	19,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	64,10

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	64,10
----	Supplément de consultation 46,95	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	111,05
----	Supplément de consultation anténatale 55,90	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	120,00
NOTE : Le code 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.		
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
15387	Visite de suivi oncologique	40,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.		
09152	Visite de contrôle	18,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	24,50
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	107,40
09096	chaque jour subséquent	72,70
<i>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :</i>		
<i>par jour, par patient</i>		
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	142,60
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	428,05

Soins intensifs

15388	Visite principale	77,30
----	Supplément de consultation 71,90	
15389	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	149,20

AVIS : Pour les codes **15388** et **15389**, inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15390	Visite de contrôle	26,50

AVIS : Inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

Externe

09162	Visite principale	52,95
----	Supplément de consultation 58,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	111,05
----	Supplément de consultation anténatale 67,05	

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15709	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	120,00

NOTE : Le code 15709 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15391	Visite de suivi oncologique	40,00

AVIS : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	15,80

15272	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge	672,80

NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.

NOTE : Maximum quatre fois par médecin, par période de quatorze jours.

NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15272.

AVIS : Indiquer le nombre de patients et inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.

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

09147	Visite principale	23,35
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,35
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	46,05
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09148	Visite de contrôle	12,15

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	52,95

----	Supplément de consultation 58,10	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	111,05
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	Visite de contrôle	15,80

R = 1

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

AVIS : Pour la facturation des visites, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	70,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09292	Supplément de durée	42,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	18,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	55,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,00
----	Supplément de consultation 23,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,85
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

Externe

09162	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 24,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,55

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

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

09147	Visite principale	32,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	32,00

---- **Supplément de consultation 28,00**

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	60,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	55,00

---- **Supplément de consultation 23,85**

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,85

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09202	Visite de contrôle	14,50

R = 1

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,00

---- **Supplément de consultation 9,00**

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	54,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09292	Supplément de durée	100,00

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	27,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	48,00

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00

---- Supplément de consultation 7,00

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	34,00

Externe

09162	Visite principale	43,00

---- Supplément de consultation 7,00

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	50,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	27,00

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

09147	Visite principale	20,00

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	28,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00

09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	43,00

---- **Supplément de consultation 7,00**

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	50,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09202	Visite de contrôle	27,00

R = 1

CHIRURGIE VASCULAIRE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,70

---- **Supplément de consultation 52,10**

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	102,80

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	47,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,60
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,60

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	14,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	19,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	79,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien vasculaire qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien vasculaire, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	315,00

Externe		
09162	Visite principale	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,60

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	12,60

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

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	41,20

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

R = 1

DERMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites de cette section, voir les articles 1 et 2 de la Règle d'application n° 22.

15488	Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus	13,00

NOTE : Le code 15488 peut s'appliquer à toutes les visites dans tous les lieux de dispensation.

Malgré la Règle 2.2 de l'Addendum de Chirurgie, le dermatologiste a droit au tarif de sa visite sans égard aux autres actes qu'il pose en cette occasion.

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

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

AVIS : Inscrire le code de diagnostic.

Cabinet privé :

15489	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immuno-suppresseur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques; - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - génodermatoses graves sous traitement actif; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS)	65,50
	Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation	
	NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.	
	NOTE : Le code 15489 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
09180	Visite principale	53,00
16008	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 25,70	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,70
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément	10,80
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
16010	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 35,10	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	88,10
	NOTE : Le code 16011 ne peut être facturé pour les codes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09220	Supplément de durée	54,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	55,50
09182	Visite de contrôle	34,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15490 Visite de suivi pour pathologies lourdes :

- dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;
- psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine
- collagénoses sous traitement systémique*;
- cancers cutanés métastatiques;
- malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
- génodermatoses graves sous traitement actif;
- maladies bulleuses auto-immunes;
- lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
- Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS) 54,60

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15490 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

09183	Visite principale	63,20
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,20
16013	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 34,15	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	97,35
16014	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09081	Supplément de durée	21,70

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

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

09132	Visite de transfert	41,50

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	49,30
09185	Visite de contrôle	26,65
09174	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	29,60
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	119,60
09096	chaque jour subséquent	69,60

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	premier jour	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15491 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 119,60

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

15492 Visite subséquente 69,60

AVIS : Pour les codes **15491** et **15492**, inscrire l'heure de début du service.

Externe

Visite de suivi pour pathologies lourdes :

- dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;
- psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine;
- collagénoses sous traitement systémique*;
- 15493** - cancers cutanés métastatiques;
- malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
- génodermatoses graves sous traitement actif;
- maladies bulleuses auto-immunes;
- lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
- Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS)

54,60

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15493 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

09186 Visite principale 42,45

16016 si traitement d'ulcère, supplément 27,10

---- Supplément de consultation 23,20

09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16017	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	28,45
16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	70,90
	NOTE : Le code 16018 ne peut être facturé pour les codes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09079	Supplément de durée	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09187	Visite de contrôle	25,25
	Salle d'urgence	
16020	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,25
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
	Visite de suivi pour pathologies lourdes :	
	- dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;	
	- psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine;	
	- collagénoses sous traitement systémique*;	
15494	- cancers cutanés métastatiques;	
	- malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;	
	- gènodermatoses graves sous traitement actif;	
	- maladies bulleuses auto-immunes;	
	- lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;	
	- Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS)	54,60
	Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation	
	NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.	
	NOTE : Le code 15494 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
09188	Visite principale	42,45
09297	Visite principale subséquente, par trimestre	42,45
16021	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16022	si traitement d'ulcère, supplément	27,10

15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09189	Visite de contrôle	25,25
Domicile :		
09190	Visite principale	46,00
09191	Visite de contrôle	17,00
<u>AVIS :</u> LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT		
<i>Voir la règle 17 du préambule général.</i>		
<i>Pour les visites, utiliser :</i>		
- l'un des codes de facturation suivants;		
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.		
<i>Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :</i>		
- le code de facturation approprié de l'onglet C;		
- la précision du lieu de dispensation Local sous gestion du gouvernement.		
09205	Visite principale	42,45
16024	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 23,20	
09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16025	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,45	
16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	70,90
<i>Note: Le code de facturation 16026 ne peut être demandé pour les actes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.</i>		
09089	Supplément de durée	32,50
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
15174	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus	48,10
09206	Visite de contrôle	25,25

R = 1

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	90,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
NOTE : Le code 15411 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même		

	jour.	
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément NOTE : Le code 15412 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	20,00
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15413 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
---- Supplément de consultation 116,05		
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,05
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de moins de 18 ans, supplément NOTE : Le code 15414 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	40,00
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément NOTE : Le code 15415 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	20,00
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15416 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
09137	Supplément de durée	30,70

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

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

09129	Visite de contrôle	35,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	76,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	76,70
15417	Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément NOTE : Le code 15417 est facturable deux fois par patient, par année civile.	75,00
15418	Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15418 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
---- Supplément de consultation 79,45		
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	156,15
15419	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément NOTE : Le code 15419 est facturable deux fois par patient, par année civile.	75,00
15420	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15420 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
09080	Supplément de durée	11,40

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

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

09094	Visite de transfert	49,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	25,00

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	55,00

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	98,00

09096	chaque jour subséquent	57,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	104,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

15421	Visite de suivi pour patient de moins de 18 ans ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	79,00

NOTE : Maximum d'une visite par patient, par médecin, par jour.

NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce médecin pour ce même patient, le même jour, sauf si effectuée en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général.

00024	Visite de départ	60,00

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

Externe

09162	Visite principale	65,75

15422	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00

NOTE : Le code 15422 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.

NOTE : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.

15423	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément NOTE : Le code 15423 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	20,00
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15424	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément NOTE : Le code 15424 est facturable deux fois par patient, par année civile.	75,00
15425	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15425 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
----	Supplément de consultation 68,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
15426	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de moins de 18 ans, supplément NOTE : Le code 15426 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	40,00
15427	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément NOTE : Le code 15427 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. NOTE : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	20,00
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément NOTE : Le code 15428 est facturable deux fois par patient, par année civile.	75,00
15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément NOTE : Le code 15429 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	20,00
15430	Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites pour le même médecin ou un médecin de même spécialité, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques NOTE : Maximum d'une prise en charge par patient, par jour. Suivi clinique, au vu du dossier, comprenant l'analyse des tests paracliniques, la prescription de l'investigation ou la révision du traitement si nécessaire	60,00
15710	patient de moins de 18 ans	7,50
15711	patient de 18 ans et plus NOTE : Maximum 1 par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi Maximum 15 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi	5,00
09078	Supplément de durée NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	18,40
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	25,00

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

09147	Visite principale	20,00
09296		20,00

Visite principale subséquente, par trimestre

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes	55,10

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	65,75
16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 68,55	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
09088	Supplément de durée	18,40
NOTE : <i>Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>		

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

09202	Visite de contrôle	25,00

R = 1

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	79,20
----	Supplément de consultation 42,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,50
09137	Supplément de durée	29,35

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

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

09129	Visite de contrôle	23,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	50,00
	NOTE : Le code 15351 s'applique avec les codes 09060, 09150, 09152, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.	

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	95,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,05
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	158,40
16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	186,20

AVIS : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.
Voir la règle 6.3 du préambule général.

16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	66,95
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	81,25
15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09080	Supplément de durée	11,70

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

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

09094	Visite de transfert	63,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	26,40
09161	Tournée des malades le week-end	52,80

(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	109,35
09096	chaque jour subséquent	63,60

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15353	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00

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

Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

09162	Visite principale	63,40
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	161,25
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	66,95
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	112,90
15354	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09078	Supplément de durée	17,60

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

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

09164	Visite de contrôle	21,10

Salle d'urgence

15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00

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

09147	Visite principale	23,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,65

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,50
09148	Visite de contrôle	12,25

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	63,40
15277	patient de moins de 18 ans, supplément	6,10
----	Supplément de consultation 42,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
15278	patient de moins de 18 ans, supplément	11,30
09088	Supplément de durée	17,60

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

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

09202	Visite de contrôle	21,10

ADDENDUM 9. - GÉNÉTIQUE MÉDICALE

RÈGLE 1.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE FAMILIALE

1.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique familiale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique chez un patient, un couple ou sa descendance.

Est inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique familiale le supplément de consultation.

1.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, au cours de l'année suivant l'évaluation initiale, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique familiale s'applique.

RÈGLE 2.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE PRÉNATALE

2.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique prénatale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique ou de malformation chez le fœtus/embryon actuel d'une patiente enceinte.

Est inclus dans l'honoraire d'évaluation génétique prénatale le supplément de consultation.

2.2 Lorsque plus d'une visite reliée à la même grossesse est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique prénatale s'applique.

RÈGLE 3.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE AU VU DU DOSSIER

3.1 Le médecin généticien a droit au paiement de cet honoraire pour l'évaluation génétique au vu du dossier d'un patient, d'un couple ou de sa descendance afin de déterminer le risque de maladie génétique.

Cet honoraire ne peut être réclamé par le médecin qui a déjà réclamé, à l'égard d'un même patient, l'honoraire d'évaluation génétique familiale ou prénatale.

RÈGLE 4.

PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC

4.1 Lors d'une visite, le médecin généticien a droit à un supplément d'honoraires lorsqu'il prescrit une analyse de biologie médicale non disponible au Québec.

Le médecin généticien prescripteur réclamant ce supplément doit préciser les tests requis et compléter la première partie du formulaire prévu à cet égard.

AVIS : Voir les codes de facturation 09005, 09010, 09018 et 09025 sous l'onglet B.

R = 1

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation ou d'une raison d'évaluation différente ou lorsqu'effectuée par un médecin différent.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	143,05
----	Supplément de consultation 95,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50
09001	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale	105,05
09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale	105,05

AVIS : Pour les codes de facturation 09001, 09002, 09003 et 09004, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

09129	Visite de contrôle	47,55

09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

AVIS : Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	246,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	246,70
16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
----	Supplément de consultation 195,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	442,00
16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
09008	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
09009	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09094	Visite de transfert	143,05

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15431	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge	200,00
09152	Visite de contrôle	47,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	63,60
09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

AVIS : Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

Externe

09162	Visite principale	198,80
----	Supplément de consultation 123,95	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
09013	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
09014	Suivi d'évaluation génétique familiale	105,05

09015	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : *Indiquer la date des dernières menstruations.*

09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale	105,05

09017	Évaluation génétique au vu du dossier	105,05

15432	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge	200,00

15433	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour pour remplacement enzymatique, incluant l'évaluation clinique prétraitement et la responsabilité durant l'infusion	206,00

09164	Visite de contrôle	47,55

09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

AVIS : *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

AVIS : *Pour les codes de facturation **09013**, **09014**, **09015** et **09016**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacune des personnes assurées.*

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

09147	Visite principale	198,80

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	198,80

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50

09021	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

09022	Suivi d'évaluation génétique familiale	105,05

09023	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : *Indiquer la date des dernières menstruations.*

09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale	105,05

AVIS : *Pour les codes de facturation **09021**, **09022**, **09023** et **09024**, inscrire le numéro d'assurance d'assurance maladie de chacune des personnes assurées.*

09148	Visite de contrôle	47,55

09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

AVIS : *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	198,80
----	Supplément de consultation 123,95	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
09202	Visite de contrôle	47,55

R = 1

GÉRIATRIE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	51,20
----	Supplément de consultation 41,70	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,90
00032	Supplément de durée	29,80

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

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

00033	Visite de contrôle	29,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	165,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	165,00
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un	165,00

établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois (2*)

15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15495	Patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15496	Patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation 75,00	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15497	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15498	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00037	Supplément de durée	11,90
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert	40,50
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 5.6 du préambule général.	
00039	Visite de contrôle	10,75
00041	Tournée des malades le week-end	50,00
15500	patient de 85 ans et plus, supplément	24,35
15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre)	200,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 5.4 du préambule général.	
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	116,70
00054	chaque jour subséquent	67,90

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

Pour le code de facturation **00053** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **00053**, **00054**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

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

15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	33,00
NOTE : Le code 15501 ne peut être facturé avec le code 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.		

00024	Visite de départ	150,00

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

15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00

Externe

00042	Visite principale	165,00
15242	patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire	102,45

de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément

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

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

----	Supplément de consultation 75,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée	17,85

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

	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
00045	Visite de contrôle	10,75

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

00046	Visite principale	165,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	165,00
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	165,00
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un	

établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement

----	Supplément de consultation 75,00	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément <i>NOTE</i> : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	140,00
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
00049	Visite de contrôle	10,75

AVIS : Voir la Règle d'application n° 27.

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

00063	Visite principale	165,00
----	Supplément de consultation 95,55	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	260,55
00065	Supplément de durée	17,85

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

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

00066	Visite de contrôle	10,75

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

AVIS : Pour la facturation des visites et des consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	23,35

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	28,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation (Groupe A)

09150	Visite principale	109,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
09094	Visite de transfert	62,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	66,65
09012	Visite de suivi oncologique	66,65

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

09152	Visite de contrôle	45,60
09161	Tournée des malades le week-end	

(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) 82,15

16003 Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique 227,90
Maximum : 1 par patient, par année civile

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.

00094 par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation 78,30

00095 par jour, après 40 jours d'hospitalisation 64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

09095 Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour 111,70

09096 chaque jour subséquent 64,95

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097 premier jour 104,00

09098 chaque jour subséquent 104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Hospitalisation (Groupe B)

15005 Visite principale 109,05

15006 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 109,05

---- Supplément de consultation 109,05

15007 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 218,10

15008 Visite de transfert 78,75

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15009	Visite de suivi oncologique	66,65

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

15010	Visite de contrôle	45,60

15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du préambule général)	82,15

16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30

15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

15014	premier jour	111,70

15015	chaque jour subséquent	64,95

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

09097	<i>premier jour</i>	104,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement;

Pour le code de facturation 15014 ou 09097, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation 15014, 15015, 09097 ou 09098), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

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

09162	Visite principale	50,80
15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	15,25
----	Supplément de consultation 163,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16053	Visite de suivi oncologique	28,50
<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.		
15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	11,40
09164	Visite de contrôle	16,80
16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	227,90
Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)		
15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60
Externe (Groupe B)		
15020	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16055	Visite de suivi oncologique	28,50
<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.		
15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	11,40
15022	Visite de contrôle	21,65
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue)	227,90

dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique

Maximum : 1 par patient, par année civile

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60

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

09147	Visite principale	22,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,05
09148	Visite de contrôle	11,95

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

15025	Visite principale	22,80
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,95
15028	Visite de contrôle	11,95

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	154,40

NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi

NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par médecin, par jour.

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

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT**

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

Groupe A

09201	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	16,80

Groupe B

15030	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	21,65

R = 1

HYGIÈNE PUBLIQUE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09137	Supplément de durée	25,00

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

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

09129	Visite de contrôle	20,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09080	Supplément de durée	10,00

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

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

09094	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	22,00

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09078	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09164	Visite de contrôle	14,75

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09088	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

09202	Visite de contrôle	14,75

ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence, les honoraires de visite sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum. Elles s'appliquent en lieu et place de la règle 5 du Préambule général.

RÈGLE 1.

VISITE ÉLABORÉE

1.1 La visite élaborée est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins deux (2) visites subséquentes par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et les visites subséquentes comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

AVIS : Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail) et s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence.**

RÈGLE 2.

VISITE SIMPLE

2.1 La visite simple est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient dont la condition ne nécessite aucune ou, le cas échéant, qu'une seule visite subséquente par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et, le cas échéant, la visite subséquente comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

2.2 On ne peut réclamer à la fois le paiement d'une visite élaborée et d'une visite simple pour un même patient lors d'un même séjour à la salle d'urgence.

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

RÈGLE 3.

VISITE DE RÉÉVALUATION OU VISITE À LA DEMANDE D'UN OMNIPRATICIEN

3.1 La visite de réévaluation est la visite du médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, à la salle d'urgence, prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'un médecin omnipraticien qui

cesse d'en avoir charge.

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

3.2 On distingue la visite de réévaluation simple et la visite de réévaluation élaborée.

La visite de réévaluation simple est la visite de prise en charge d'un patient dont la condition ne nécessite aucune autre visite subséquente par le même médecin.

La visite de réévaluation élaborée est la visite de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins une visite subséquente par le même médecin.

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

Une seule visite de réévaluation est payable par patient, par quart de travail. Un quart de travail s'entend d'une période d'activité continue de huit (8) heures. Toutefois, une visite de réévaluation ne peut être réclamée pour un patient lors d'un quart de travail lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

AVIS : *Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail).*

De plus, une seule visite de réévaluation est payable par jour, par patient, par médecin.

3.4 La visite à la demande d'un omnipraticien est la visite pour opinion ou traitement effectuée à la salle d'urgence, par un médecin spécialiste en médecine d'urgence. Elle s'applique dans le cas d'une situation complexe et est demandée par un médecin omnipraticien œuvrant à l'urgence du même établissement, lors du même quart de travail.

Cette visite ne peut être réclamée plus de deux fois par jour, par médecin spécialiste en médecine d'urgence.

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

RÈGLE 4.

VISITE AUPRÈS D'UN PATIENT ADMIS

4.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient pendant son hospitalisation est rémunéré selon le tarif de la visite auprès d'un patient admis.

Elle comporte un examen du patient.

Pendant les 72 heures suivant l'admission du patient, on ne peut réclamer plus de deux visites par jour, par patient. Par la suite, une seule visite est payable par jour, par patient.

RÈGLE 5.

AUTRES VISITES

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient en clinique externe, en cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou à domicile est rémunéré selon le tarif de la visite qui y est applicable, tel que prévu à la nomenclature.

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

RÈGLE 6.

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation interdisciplinaire en établissement dans les cas prévus à la nomenclature. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien, sauf si ce dernier fait un quart de travail à l'urgence du même établissement, le même jour.

6.2 Un supplément d'honoraires est également accordé pour une consultation en médecine sportive en cabinet privé. Ce supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en

médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine sportive et qui est désigné par les parties négociantes.

6.3 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en toxicologie effectuée en hospitalisation, en clinique externe, à la salle d'urgence ou en cabinet privé. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la toxicologie clinique.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en toxicologie et qui est désigné par les parties négociantes.

6.4 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en médecine hyperbare effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la médecine hyperbare.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui rencontre les critères de désignation pour les traitements en médecine hyperbare et qui détient des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Pour connaître les critères de désignation, veuillez vous référer à la note située sous le titre de la section Médecine hyperbare de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.*

6.5 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité.

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

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.7 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

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

RÈGLE 7.

STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manoeuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manoeuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.

MAJORATION D'HONORAIRES

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

- i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : *Indiquer :*

- l'heure de début du service;
- s'il y a lieu, l'heure de début de la période de travail (quart de travail).

ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : Indiquer l'heure de début du service.

8.2 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a également droit au paiement des honoraires majorés et des honoraires minimums prévus à la règle 14 du Préambule général, lorsqu'il est appelé pour une urgence, ailleurs qu'à la salle d'urgence. Les conditions prévues à la règle 14 s'appliquent, à l'exception de la période de majoration, laquelle est de 19 h à 7 h, tous les jours.

RÈGLE 9.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a droit à une majoration d'honoraires de 40 % pour les visites effectuées auprès d'un patient admis ou à la salle d'urgence, lorsque le patient est âgé de 70 ans et plus.

AVIS : Les codes de facturation sont énumérés au Manuel des médecins spécialistes dans des avis à la fin des sections Centre hospitalier de soins de courte durée - Hospitalisation et Salle d'urgence.

R = 1

MÉDECINE D'URGENCE

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

Cabinet privé

15201	Visite	44,10
----	Supplément de consultation en médecine sportive 68,85	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive) (6*)	112,95
----	Supplément de consultation en toxicologie 68,85	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	112,95

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15204	Visite auprès d'un patient admis	63,35
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)	118,50

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

Supplément de consultation rendu par un intensiviste 49,35

15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	112,70
----	Supplément de consultation en toxicologie 68,85	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)	132,20
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,85	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	132,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	160,00
09096	chaque jour subséquent	120,00
	<i>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :</i>	
	- par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
	<u>AVIS :</u> Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement. Pour le code de facturation 09095 ou 09097 , inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service. Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service. Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation 09095 , 09096 , 09097 ou 09098), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service. Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence. Utiliser les codes de facturation suivants :	
15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	88,70
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,15	
15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	165,85
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus 69,08	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	157,78
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 96,40	
16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	185,10
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 96,40	

16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	185,10
Externe		
15209	Visite	34,45
----	Supplément de consultation en toxicologie 68,90	
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	103,35
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,90	
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	103,35
Salle d'urgence		
15210	Visite simple	52,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	107,35
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 51.00	
<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.		
15606	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	103,20
----	Supplément de consultation en toxicologie 68,85	
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie)	121,05
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,85	
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	121,05
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie 68,85	
15713	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie)	121,05
NOTE : Le code 15713 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)		
15213	Visite élaborée	127,75
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 56,20	
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	183,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.		
15216	Visite de réévaluation élaborée	86,45
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de	141,60

consultation interdisciplinaire)

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

15217	Visite de réévaluation simple	34,45
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,05	
15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	89,50

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

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité 41,85	
15607	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence)	76,30
15608	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe Maximum 2 fois par médecin, par jour	62,00

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

15218	Stabilisation	72,15
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	103,35

AVIS : *Voir la Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.*

Utiliser les codes de facturation suivants :

15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	73,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,25	
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	150,30

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

----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus 71,43	
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 96,45	

16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	169,50
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 96,45	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus (6*)	169,50
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus 96,45	
15714	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus NOTE : Le code 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)	169,50
15226	<i>Visite élaborée, patient de 70 ans et plus</i>	180,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,05	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	257,55
 <u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>		
15228	<i>Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus</i>	121,05
---	<i>Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,15</i>	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	198,20
 <u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>		
15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus	48,25
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,05	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de <i>réévaluation simple</i> et le <i>supplément de consultation interdisciplinaire</i>), patient de 70 ans et plus	125,30
 <u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>		
---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus 58,57	
15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence), patient de 70 ans et plus	106,82
15612	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe, patient de 70 ans et plus Maximum 2 fois par médecin, par jour	86,80

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

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

15219	Visite	16,35

Domicile

15220	Visite	46,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT**

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

Externe

15221	Visite	34,45

R = 1

MÉDECINE INTERNE

AVIS : *Pour la facturation des visites et des consultations, voir la Règle d'application n° 27.*

Cabinet privé

00030	Visite principale	68,10

15392	si plus de 30 minutes, supplément	65,80

un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :

15393	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 - insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé	19,70

---- **Supplément de consultation 81,85**

00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	

		149,95
15394	si plus de 60 minutes, supplément	72,40
15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	130,00
	NOTE : Le code 15395 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

00033	Visite de contrôle	39,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15396	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
	NOTE : Le code 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

00034	Visite principale	83,10

AVIS : Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier.

00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	83,10

AVIS : Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier.

16047	Si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

---- Supplément de consultation 121,45

00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,55

AVIS : Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier.

15397	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

15398	Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine, pour un maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	70,00

AVIS : Pour les visites effectuées le même jour que ce forfait, indiquer l'heure de début du service.

NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, le code 15398 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.

00038	Visite de transfert	83,10

AVIS : *Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier.*

16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

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

00039	Visite de contrôle	24,85
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	77,75
NOTE : Le code 00041 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour.		

00028	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	82,80

AVIS : *Le week-end ou un jour férié, utiliser le code de facturation 00029.*

00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	115,85

00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	170,90
00054	chaque jour subséquent	118,35

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

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : *Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.*

Pour le code de facturation 00053 ou 09097, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation 00053, 00054, 09097 ou 09098), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

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

00024	Visite de départ	131,80

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

16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves	131,80

diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque

NOTE : Le code 16050 ne peut pas être facturé avec le code 00024, le même jour.

Externe

00042	Visite principale	51,85
15399	si plus de 30 minutes, supplément un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes : - insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	50,10
15400	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé	15,00
----	Supplément de consultation 75,15	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
15401	si plus de 60 minutes, supplément	61,35
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région NOTE : Le code 15402 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	100,00
15403	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée. NOTE : Maximum quatre fois, par médecin, par période de quatorze jours. NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15403.	600,00

AVIS : Indiquer le nombre de patients et inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.

00045	Visite de contrôle	28,95

Salle d'urgence

15665	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente NOTE : Le code 15665 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour. NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation	10,00
----	Supplément de consultation 121,55	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,55
15404	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

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

00046	Visite principale	39,45
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	39,45

---- Supplément de consultation 100,75

00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,20
00049	Visite de contrôle	19,80

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

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

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs.	55,10

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

00063	Visite principale	51,85

----	<i>Supplément de consultation 75,20</i>	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
00066	Visite de contrôle	28,95
		R = 1

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,30
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	31,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	31,10
09094	Visite de transfert	31,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	23,00

Externe

09162	Visite principale	31,10
09164	Visite de contrôle	16,20

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

09147	Visite principale	29,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	29,70
09148	Visite de contrôle	15,70

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité.	50,00

NOTE : Le code 09168 est facturable 2 fois par médecin, par semaine.

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	31,10
09202	Visite de contrôle	16,20

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

RÈGLE 1.

PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE

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

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

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

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

RÈGLE 2

MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE

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

AVIS : Pour les codes de facturation **09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062**, inscrire l'un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum 10.

RÈGLE 3

GESTION D'ÉCLOSION

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
 - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)

- Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)

- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

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

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine (0404)
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine (0405)
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant (0407)
 - Clostridium difficile (0406)
 - Acinetobacter Baumannii (0409)
 - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE) (0409)

4. CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse (V 42.8)
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage (V42.0, V42.1, V42.2, V42.6, V42.7, V42.8)
- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic.*

Voir la règle 2 de l'addendum 10.

R = 1

MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE

AVIS : *Pour les codes de facturation 09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435, voir la Règle d'application n° 23.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	95,45
----	Supplément de consultation 111,15	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,60
09137	Supplément de durée	38,85

AVIS : *Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.
Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09129	Visite de contrôle	44,25

Maladies infectieuses en émergence :

15104	Visite principale	116,40

NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, le code 15104 est facturable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	105,60

16111	Visite principale à partir de la 21e journée de la date d'admission	105,60

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	105,60

----	Supplément de consultation 98,90	

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,50

09080	Supplément de durée	20,75

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

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

09094	Visite de transfert	90,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	40,55

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	69,85

Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale

09000	premier jour	206,60

09007	jour subséquent	42,25

NOTE : Le code 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre code 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.

Gestion d'éclosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles gram négatif multirésistants, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus, M.tuberculosis et autres pathogènes en néonatalogie)

NOTE : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.

15252	premier jour	275,00
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	137,50

NOTE : Le code 15253 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

Gestion d'éclosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hématogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)

NOTE : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.

15254	premier jour	550,00
15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	275,00

NOTE : Le code 15255 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	110,00

15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport	275,00

NOTE : Le code 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).

AVIS : Utiliser le code de facturation approprié (15252, 15253, 15254, 15255, 15256 et 15257).

Pour les codes de facturation 15256 et 15257, inscrire le nombre de rapports.

Pour le code de facturation 15257, conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Soins critiques :

16060	Visite principale	147,65

---- Supplément de consultation 84,70

09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35

16061	Visite de transfert	126,25

AVIS : Pour les codes 16060 et 16061, inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 5.6 du préambule général.

09019	Visite de contrôle	45,75

Maladies infectieuses en émergence :

09026	Visite principale	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
16062	Visite de contrôle	45,75

AVIS : Pour le code **16062**, inscrire l'heure de début du service.
Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09030	Planification du traitement	103,20
NOTE : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.		

AVIS : Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	88,60
Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :		
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour	143,35
09096	chaque jour subséquent	83,50

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

09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.
Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Externe

09162	Visite principale	76,40
----	Supplément de consultation 88,95	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09078	Supplément de durée	31,10

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

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

09164	Visite de contrôle	35,40

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.*

Maladies infectieuses en émergence :

09041	Visite principale	93,15
----	Supplément de consultation 92,85	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	186,00

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.*

09043	Visite de contrôle	40,55

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.*

15435	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
	Visite principale	80,00
	Supplément de consultation 152,35	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35

09032	Planification du traitement	103,20

NOTE : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

09045	Visite de contrôle	52,40

15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient	186,00

NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut

être facturée.

Salle d'urgence

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
	Maladies infectieuses en émergence :	
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

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

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	76,40
	Supplément de consultation 88,95	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09088	Supplément de durée	31,10

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

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

09202	Visite de contrôle	35,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	Visite principale	93,15

R = 1

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse. Voir la Règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	93,15
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
----	Supplément de consultation 107,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,60
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation anténatale 107,45	
15715	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	200,60
15716	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
09137	Supplément de durée	43,00

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

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

09129	Visite de contrôle	43,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15438	Un supplément est payable si patient greffé rénal	30,00

NOTE : Le code 15438 ne peut être facturé avec les codes 09080, 09095 et 09096.

09150	Visite principale	99,25

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	99,25

15439	Si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

----	Supplément de consultation 88,10	

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,35

15440	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50

----	Supplément de consultation anténatale 88,10	

15717	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	187,35

15718	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50

09080	Supplément de durée	27,55

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

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

09094	Visite de transfert	93,70

15441	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	60,55

15719	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	71,65

15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	139,45

09096	chaque jour subséquent	81,60

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

09097	<i>premier jour</i>	104,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

00024	Visite de départ	100,00
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

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

Externe

09162	Visite principale	71,65
15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
----	Supplément de consultation 82,65	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
----	Supplément de consultation anténatale 82,65	
15720	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	154,30
15721	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
09078	Supplément de durée	33,05

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

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

09164	Visite de contrôle	33,05

Transplantation

15446	Visite principale	88,70
15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	44,35
15448	Visite pendant la première année post-transplantation	110,85
15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
15450	Visite post-biopsie rénale	110,85
15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	332,60
15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	332,60
15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	44,35

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

09147	Visite principale	24,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,80

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,15
09148	Visite de contrôle	13,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

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

09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	65,80
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
15035	patient de 18 ans ou plus	530,00
15036	patient de moins de 18 ans	1 679,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	200,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
15040	dialyse initiale	197,50
	Dialyse subséquente	

AVIS : Indiquer l'heure de début du service.

	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de 18 ans ou plus	40,80
15042	patient de moins de 18 ans	131,70
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de 18 ans ou plus	50,55
15044	patient de moins de 18 ans	144,85
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps	
15045	patient de 18 ans ou plus	52,65
15046	patient de moins de 18 ans	144,85
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié	
15047	patient de 18 ans ou plus	46,15
15048	patient de moins de 18 ans	138,30
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
15722	patient de 18 ans ou plus	50,90
15723	patient de moins de 18 ans	145,80

NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	530,10

15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	530,10

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	71,65

---- **Supplément de consultation 82,65**

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30

09088	Supplément de durée	33,05

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

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

09202	Visite de contrôle	33,05

R = 1

NEUROCHIRURGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	46,75

---- **Supplément de consultation 92,95**

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	139,70

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09292	Supplément de durée	29,20

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

09129	Visite de contrôle	17,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	36,15

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,15

----	Supplément de consultation 71,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,45
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	17,50
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	106,00
09096	chaque jour subséquent	67,00
	<u>AVIS :</u> Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement. Pour le code de facturation 09095 , inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service. Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service. Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation 09095 ou 09096), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme cranio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	268,55
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	268,55
	NOTE : Concernant les codes 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation, en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.	
16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	322,35
	NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 16063.	
16064	Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques 1 ^{er} jour	214,90
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	53,65

Externe

09162	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,45

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	15,75

16066	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	322,35

NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 16066.

15515	Visite de suivi oncologique incluant la détermination du traitement par chimiothérapie ainsi que la supervision de celui-ci par le neurochirurgien. Maximum 1 fois par patient, par mois	50,00

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

09147	Visite principale	23,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,45

AVIS : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148	Visite de contrôle	12,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

15724	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	48,40

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,45

AVIS : *Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09202	Visite de contrôle	15,75

NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE
ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

Cabinet privé :

15697	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément Maximum 2 par an, par patient, par établissement, pour les codes 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	225,00
NOTE : Le code 15697 n'est facturable qu'avec les codes 09127, 09129 et 09165.		
09127	Visite principale	101,60
16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin		

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

----	Supplément de consultation 82,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,20

AVIS : *Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09137	Supplément de durée	35,00

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

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

15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
09129	Visite de contrôle	56,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	109,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,50
----	Supplément de consultation 58,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,95
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09080	Supplément de durée	20,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

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

09094	Visite de transfert	109,50

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient	150,00
09152	Visite de contrôle	40,65
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	54,15
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	126,70
09096	chaque jour subséquent	73,70

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

09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques

16070	premier jour	109,50
16071	chaque jour subséquent	79,85

NOTE : Le code 16070 ne peut être facturé avec une autre visite, le même jour par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

NOTE : Le code 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la Règle 14 du Préambule général.

00024	Visite de départ	119,15
	NOTE : Le code 00024 ne peut être facturé avec le code 16071.	

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

Externe

15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément Maximum 2 par an, par patient, par établissement, pour les codes 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	225,00

NOTE : Le code 15700 n'est facturable qu'avec les codes 09162, 09164 et 09170.

09162	Visite principale	76,30
	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	
16072		25,70

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

----	Supplément de consultation 67,15	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09078	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

15701	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
15702		150,00

Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient

09164	Visite de contrôle	43,25

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,95

15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65

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

09147	Visite principale	28,80

	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie	
16073	démýélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	28,80

	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie	
16074	démýélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,80

09148	Visite de contrôle	15,05

Centre hospitalier :

Réunion neuromusculaire multidisciplinaire :

15599	Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéti- cien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue	50,00

NOTE : Le code 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.

AVIS : *Inscrire:*

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

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09201	Visite principale	76,30
16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	21,65

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

----	Supplément de consultation 67,15	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15138	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09088	Supplément de durée	25,00

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

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

09202	Visite de contrôle	43,25

R = 1

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

15516 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :

- IMC ≥ 35 ;
 - Patiente âgée ≤ 13 ans;
 - Patiente âgée ≥ 70 ans;
 - Patiente à mobilité réduite;
 - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués
- 26,00

NOTE : Le code 15516 est facturable avec les codes 09165, 09281, 09286, 15080 et 16076.

AVIS : Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.

09149 Visite principale 52,00

15108 prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément 31,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations .

---- **Supplément de consultation 49,00**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 101,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- **Supplément de consultation intradisciplinaire 76,00**

09281 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 128,00

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- **Supplément de consultation interdisciplinaire 49,00**

09286 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 101,00

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15296 Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée 180,00

15080 Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 101,00

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

16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	65,00

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*

09292	Supplément de durée NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	25,00

AVIS : *Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09129	Visite de contrôle	21,00

09138	Visite prénatale	27,90

15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	31,00

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.*

AVIS : *Indiquer la date des dernières menstruations .*

16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	160,00

16078	visite subséquente NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	45,00

Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal

15518	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	130,00

15519	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	52,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 15518 et 15519, indiquer la date des dernières menstruations.*

Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique

15520	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	175,00

15521	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15522	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :

- IMC ≥ 35; - Patiente âgée ≤ 13 ans; - Patiente âgée ≥ 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	23,00

NOTE : Le code 15522 est facturable avec les codes 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.*

09151	Visite principale	46,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	46,45
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.		
<u>AVIS :</u> Indiquer la date des dernières menstruations.		
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	180,00
NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.		
<u>AVIS :</u> Pour les codes de facturation 16079 et 16080 , indiquer la date des dernières menstruations.		
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	48,00
16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	96,00
NOTE : Le code 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.		
<u>AVIS :</u> Indiquer la date des dernières menstruations.		
NOTE : Les codes 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.		
----	Supplément de consultation 43,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 66,55	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 43,55	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 131,95	
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	178,40
NOTE : Le code 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).		

15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	90,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.</i>	
16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	55,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.</i>	
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	132,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique	25,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 7.2 de l' Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
15085	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09152	Visite de contrôle	18,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	24,80
	<u>AVIS :</u> <i>Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.</i>	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Indiquer la date des dernières menstruations.</i>	
00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	33,00
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	18,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Indiquer la date des dernières menstruations.</i>	
00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00

15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
15087	visite subséquente NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	50,00
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00
<u>AVIS :</u> Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.		
15089	visite subséquente	50,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15523	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	154,00
15524	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	34,50
15525	Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation	500,00
	NOTE : Le code 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des codes sous les onglets "Gynécologie" et "Obstétrique".	

Externe

15526	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants: - IMC ≥ 35 ; - Patiente âgée ≤ 13 ans; - Patiente âgée ≥ 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	20,00
	NOTE : Le code 15526 est facturable avec les codes 09170, 09283, 09288, 15090, 15143 et 16088.	

AVIS : Incrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.

09175	Visite principale	40,25
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	23,75

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	180,00
	NOTE : Les codes 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	

AVIS : Pour les codes de facturation **16084** et **16085**, indiquer la date des dernières

menstruations.

16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	42,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	84,00

NOTE : Le code 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.

AVIS : *Indiquer la date des dernières menstruations.*

NOTE : Les codes 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale à la même séance.

---- Supplément de consultation 37,75

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,00

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 57,75

09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,00

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- Supplément de consultation interdisciplinaire 37,75

09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,00

AVIS : *Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 127,75

15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	168,00

NOTE : Le code 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).

15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	78,00

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

16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*

15666	Évaluation au vu du dossier d'une patiente dans le cadre du Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec, avec note consignée	10,00

NOTE : Le code 15666 est facturable seulement à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	132,00
15092	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	16,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	21,70

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15127	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	23,75

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	28,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	18,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00

AVIS : Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.

15096	visite subséquente	50,00
NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection		
16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16090	visite subséquente	38,00

NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin

15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00

AVIS : *Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15098	visite subséquente	50,00
09192	Clinique des tumeurs	

	pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	30,00

	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	

09064	visite principale	36,00

09065	visite de suivi	25,00

Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal

15528	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	100,00

15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	40,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 15528 et 15529, indiquer la date des dernières menstruations.*

Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique

15530	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	134,00

15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	30,00

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

09147	Visite principale	20,00

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,70

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	53,20

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	46,70

AVIS : *Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	40,00

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*

09148 Visite de contrôle 10,50

Domicile :

09171 Visite principale 46,00

09172 Visite de contrôle 17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes. 50,00

NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09209 Visite principale 40,25

15111 Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément 23,75

---- **Supplément de consultation 37,75**

AVIS : *Indiquer la date des dernières menstruations.*

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 78,00

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- **Supplément de consultation intradisciplinaire 57,75**

09285 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 98,00

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- **Supplément de consultation interdisciplinaire 37,75**

09290 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 78,00

AVIS : *Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	78,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.	
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.	
15128	Supplément de durée	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
	<u>NOTE :</u> Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	21,70
15117	Visite prénatale, grossesse normale	21,00
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	23,75
	<u>AVIS :</u> Indiquer la date des dernières menstruations.	
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16094	visite subséquente	38,00
	<u>NOTE :</u> Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.	

R = 1

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

* **1)** En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

** **2)** L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

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

*** **3)** La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation

particulière en uvéite.

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

Cabinet privé :

09252 Visite principale 73,65

---- *** Supplément de consultation 20,25**

09254 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 93,90

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- *** Supplément de consultation intradisciplinaire 32,85**

09281 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 106,50

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15099 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport 93,90

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

09292 Supplément de durée 50,00

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

AVIS : *Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09123 ** Évaluation neuro-ophtalmologique 132,00

09129 Visite de contrôle 42,00

15004 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois 84,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150 Visite principale 68,20

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 68,20

---- *** Supplément de consultation 15,00**

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 83,20

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- *** Supplément de consultation intradisciplinaire 33,05**

09282 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 101,25

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15752	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15753	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00

NOTE : Le code 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.

15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

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

16095	Supplément de durée	50,00

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00

15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	77,75

NOTE : Le code 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.

09152	Visite de contrôle	38,85

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	66,10

15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

Soins intensifs

15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,50

15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	68,25

AVIS : Pour les codes **15179** et **15180**, inscrire l'heure de début du service.
Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Externe

09253	Visite principale	54,55

---- * **Supplément de consultation 15,00**

09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,55

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- * **Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70**

09283 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 101,25

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15754 *** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principal et le supplément de consultation) 160,00

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15755 Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 160,00

NOTE : Le code 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.

15101 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport 69,55

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

16096 Supplément de durée 50,00

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09125 ** **Évaluation neuro-ophtalmologique** 200,00

15181 Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère 62,20

NOTE : Le code 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.

09164 Visite de contrôle 31,10

15258 Visite de contrôle le week-end et les jours fériés 52,85

15019 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois 79,55

Salle d'urgence

15182 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 113,75

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

09147 Visite principale 68,20

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 68,20

09176 * Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 83,20

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	101,25

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

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

09148	Visite de contrôle	38,70

Domicile :

09171	Visite principale	46,00

09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes	46,60

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

Oncologie oculaire

15532	Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	90,00

NOTE : Le code 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.

NOTE : Le code 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.

----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 70,00	

15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	160,00

15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	60,00

15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient	120,00

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

15536	évaluation subséquente, par patient	60,00

NOTE : Les codes 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.

AVIS : Pour les codes **15532, 15533, 15534, 15535 et 15536**, inscrire l'heure de début du service.

15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir NOTE : Le code 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin ou un médecin de même spécialité. NOTE : Le code 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile. NOTE : Le code 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	15,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

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

09265	Visite principale	53,55

---- * **Supplément de consultation 11,35**

09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	64,90

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- * **Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70**

09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,85

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	65,00

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

16097	Supplément de durée	28,80

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09202	Visite de contrôle	30,95

15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	76,05

NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : Pour les codes de facturation 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283 et 09285, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127 Visite principale 58,30

---- **Supplément de consultation 15,75**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 74,05

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- **Supplément de consultation intradisciplinaire 27,55**

09281 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 85,85

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15458 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 68,20

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09292 Supplément de durée 39,30

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129 Visite de contrôle 23,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150 Visite principale 68,55

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 68,55

---- Supplément de consultation 17,10

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 85,65

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 29,60

09282 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 98,15

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15459 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 78,70

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et

_____ sa profession.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

16098	Visite de suivi aux soins intensifs	38,95

AVIS : Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	23,85

Externe

09162	Visite principale	45,05

----	Supplément de consultation 13,05	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	58,10

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 23,60	

09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	68,65

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15460	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	53,40

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09164	Visite de contrôle	18,60

Salle d'urgence

15461	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	67,20

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

09147	Visite principale	30,55

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,55

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	58,10

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09284 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 71,05

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15462 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 53,40

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09148 Visite de contrôle 14,15

Domicile :

09171 Visite principale 46,00

09172 Visite de contrôle 17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins de la même spécialité 53,20

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

Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste en salle d'opération à la demande d'un autre médecin spécialiste, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre code chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (code 03019), incluant la visite et le rapport au dossier

15183 première heure 285,60

15184 par demi-heure additionnelle 142,85

AVIS : Inscrire :

- la durée additionnelle de l'évaluation;

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;*
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

09201	<i>Visite principale</i>	45,05
----	<i>Supplément de consultation 13,05</i>	
09212	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	58,10
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
----	<i>Supplément de consultation intradisciplinaire 23,60</i>	
09285	<i>Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	68,65
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09202	<i>Visite de contrôle</i>	18,60

ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE

RÈGLE 1.

EXAMEN GÉNÉRAL

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

RÈGLE 2.

SOINS D'UN NOUVEAU-NÉ

Abrogé.

RÈGLE 3.

PRÉSENCE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT OU EN SALLE D'OPÉRATION

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au pédiatre auquel le médecin accoucheur, le chirurgien, l'anesthésiologiste ou la sage-femme demande d'être présent lors d'un accouchement ou d'un service rendu à la salle d'opération, pour le soin du nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent.

Cet honoraire s'applique en sus de tout autre honoraire payable au pédiatre pour les soins dispensés dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération.

RÈGLE 4.

CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

RÈGLE 5.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine.

Le supplément de durée n'est pas payable si trois suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents, sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

RÈGLE 6.

SUPPLÉMENT PÉDIATRIQUE AUX SOINS INTENSIFS

Dans une unité de soins intensifs, le pédiatre a droit à un supplément de 75 \$ pour la première visite qu'il effectue auprès d'un patient. Ce supplément s'ajoute à l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, à l'honoraire de la consultation ou à l'honoraire de la visite principale, selon le cas.

Un seul supplément est exigible par patient, par hospitalisation. Toutefois, de façon exceptionnelle, lorsque le patient est admis plus d'une fois aux soins intensifs durant la même hospitalisation, le pédiatre a alors droit au paiement de ce supplément pour chaque première visite du patient suivant l'admission.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Première visite du patient aux soins intensifs en pédiatrie** pour obtenir le supplément et inscrire la date d'entrée en établissement.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation**.

Voir la règle 14 du préambule général et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

R = 1

PÉDIATRIE

15185 Un ou des tests d'allergies alimentaires 28,50

Cabinet privé :

09127 Visite principale 56,65

---- **Supplément de consultation 130,60**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 187,25

15538 si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément 130,00

00082 Supplément de durée 110,15

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15049 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 127,85

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

16099	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	94,70

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*

09194	Examen général	56,65

AVIS : *Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

09129	Visite de contrôle	51,75

15164	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure Maximum : 6 quarts d'heure par séance	55,05

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;

- le code du diagnostic.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	165,20

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois	165,20

----	Supplément de consultation 33,05	

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25

15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00

----	Supplément de consultation en sous-spécialité 72,70	

15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	237,90

15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00

NOTE : Le code 15756 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00

15542	Supplément de durée	130,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 – Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15543 Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex.: revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents
Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile 200,00
NOTE : Le code 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin ou un médecin de même spécialité, et est réservé aux centres hospitaliers suivants :
- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- Hôpital Sainte-Justine

09094 Visite de transfert 143,20

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15544 Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour 400,00
Maximum d'une prise en charge par patient

15112 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 127,85

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

09152 Visite de contrôle 34,15

15165 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes 55,05

Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation

NOTE : Le code 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code du diagnostic.

00086 Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération 165,20

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

00081 Examen du nouveau-né normal à la naissance 60,00

15545	au départ	60,00

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

NOTE : Le code 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin durant l'hospitalisation à l'exception du code 00081.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	125,00

15757	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00

NOTE : Le code 15757 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	198,25

09096	chaque jour subséquent	126,65

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : *Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.*

Pour le code de facturation 09095 ou 09097, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation 09095, 09096, 09097 ou 09098), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

Surveillance à l'unité des soins intensifs (réf. : annexe 29, art. 4.8)

00010	<i>Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel</i>	<i>32,00</i>

AVIS : *Indiquer la durée additionnelle de surveillance.*

15114	Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	126,65

15696	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00

NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre

NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général.

NOTE : Le code 15696 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

15546	Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile Maximum : 1 par patient NOTE : Le code 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte par le même médecin.	150,00

00024	Visite de départ	110,15

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

Externe

09162	Visite principale	66,10

----	Supplément de consultation 77,10	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20

15547	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00

----	Supplément de consultation en sous-spécialité 105,75	

15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	171,85

15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00

00083	Supplément de durée	88,10

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	82,60

NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin

15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	90,00

15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	400,00

Maximum d'une prise en charge par patient

15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	89,90

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	66,10

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*

09196	Examen général	29,80

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

09164	Visite de contrôle	25,35

	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	55,05

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code du diagnostic.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	165,20

09296	Visite principale subséquente, par mois	165,20

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25

09148	Visite de contrôle	34,15

	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	55,05

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code de diagnostic.

Domicile :

09171	Visite principale	46,00

09172	Visite de contrôle	17,00

15552	Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour	200,00

Divers :

00079 Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examen non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes) **81,60**

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé.
Si la carte d'assurance maladie n'est pas disponible, inscrire tous les éléments de son identité.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201 Visite principale **66,10**

---- **Supplément de consultation 77,10**

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **143,20**

00084 Supplément de durée **88,10**

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15116 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport **89,90**

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

16101 Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste **66,10**

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*

09202 Visite de contrôle **25,35**

15167 Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure.

Maximum : 6 quarts d'heure par séance **55,05**

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code de diagnostic.

R = 1

PHYSIATRIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	90,10
----	Supplément de consultation 71,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,40
09137	Supplément de durée	44,55

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129	Visite de contrôle	47,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	114,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : Le code 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : Le code 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15323	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15324	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier	
	Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15325	si médecin traitant, supplément	17,40
15326	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou	

amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier
Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient 249,30

09080 Supplément de durée 17,90

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094 Visite de transfert 72,75

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 38,80

09161 Tournée des malades le week-end 51,75
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).

00024 Visite de départ 104,10

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.

Externe

09162 Visite principale 67,35

---- Supplément de consultation 54,30

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 121,65

09078 Supplément de durée 26,65

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09164 Visite de contrôle 35,10

Salle d'urgence

09108 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 175,55

15328 si patient de moins de 8 ans, supplément 17,40

NOTE : Le code 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.

15329 si patient de 80 ans ou plus, supplément 17,40

NOTE : Le code 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.

15330 si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément 39,00

Centre de réadaptation

Hospitalisation

15331	Visite principale	114,15
15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

15334	si patient de moins de 8 ans, supplément NOTE : Le code 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	17,40
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément NOTE : Le code 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	17,40
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15338	si médecin traitant, supplément	17,40
15339	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
15340	Visite de transfert	72,75

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15341	Visite de contrôle	38,80
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	51,75
15343	Visite de départ	104,10

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.

Externe

15344	Visite principale	67,35
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,00
----	Supplément de consultation 54,30	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	27,10
15348	Visite de contrôle	35,10
15349	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement avec échéancier avec échéancier Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation NOTE : Le code 15349 est facturable suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.	173,60
15350	Évaluation médico-handicap pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; cette évaluation comprend l'anamnèse, l'examen physique, les discussions interdisciplinaires, les rencontres de la personne-ressource accompagnante et la rédaction d'un rapport incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap ainsi que le plan de traitement de réadaptation Maximum 1 fois par 3 mois, par patient	124,60

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	45,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	45,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,90
09148	Visite de contrôle	22,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
09088	Supplément de durée	26,65

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09202	Visite de contrôle	35,10

R = 1

PNEUMOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	62,80
----	Supplément de consultation 118,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	181,00
09137	Supplément de durée	26,75

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

09129	Visite de contrôle	43,80
09142	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	9,70

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15694	Un supplément est payable si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance. Maximum 1 fois par patient, par jour NOTE : Le code 15694 n'est facturable qu'avec les codes 09060, 09150, 09152, 09160 et 09161. NOTE : Le code 15694 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.	20,00
09150	Visite principale	65,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,80
----	Supplément de consultation 106,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00

15187	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60

09080	Supplément de durée	10,70

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique

09094	Visite de transfert	65,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	31,00

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	52,70

15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	60,00

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	122,80
09096	chaque jour subséquent	71,40

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.

Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

Transplantation

09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	160,50

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.

FKP : Forfait prégreffe

15360	Forfait pour suivi de patient adulte atteint de fibrose kystique du pancréas devant être hospitalisé, accepté par le programme de greffe et en attente d'une transplantation pulmonaire, nécessitant une	140,00

ventilation non invasive par BIPAP plus de 8 heures par jour

NOTE : Ce forfait est payable une fois par patient, par jour et inclut les visites, la surveillance ainsi que les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas aux patients aux soins intensifs.

00024	Visite de départ	63,00

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

Externe

09162	Visite principale	56,50

----	Supplément de consultation 106,00	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,50

09078	Supplément de durée	16,05

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09164	Visite de contrôle	39,20

09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00

15695	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60

15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance, supplément	20,00

NOTE : Le code 15361 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,40

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20

09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00

09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;*
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.*

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;*
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

09201	<i>Visite principale</i>	56,50
----	<i>Supplément de consultation 106,00</i>	
09212	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	162,50
09088	<i>Supplément de durée</i>	16,05

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

09202	<i>Visite de contrôle</i>	39,20
09155	<i>Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)</i>	89,60

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE

RÈGLE 1.

THERAPIE PSYCHIATRIQUE

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT ET EN CABINET

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour les échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 On distingue deux types d'intervention de suivi :

Courte intervention

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par jour.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.

VISITES ET THÉRAPIES

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.

UNITÉS DE TEMPS

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

RÈGLE 6.

VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

RÈGLE 7.

ADMINISTRATION ET INTERPRÉTATION D'OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE

7.1 En psychiatrie, la liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie donnant droit à la facturation des actes 15564, 15571, 15584 et 15595, 15689, 15691, 15692 et 15693 apparaissant à la section **B – VISITES** est la suivante en annexe ci-après.

7.2 Les services médicaux visés à l'article 7.1 sont sujets à un plafonnement global d'activités de 125, pour l'ensemble, par médecin, par semestre.

Annexe / Règle 7

LISTES DES OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE

ÉCHELLES CLINIQUES UTILISÉES EN PSYCHIATRIE

LISTE A. Échelles cliniques courtes ou auto-administrées

Dépression

BDI-II (Beck Depression Inventory, Second edition)
Zung SDS (Zung Self Rating Depression Scale)
ASEX (Arizona Sexual Experiences Scale)
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Maladie bipolaire

MDQ (Mood Disorders Questionnaire)

Troubles Alimentaires

Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner, 1982)
Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire

Toxicomanie/alcoolisme

Clinical Alcohol Use Scale (AUS)
Clinical Drug Use Scale (DUS)
CIWA-A: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised
CAGE
DAST (Drug Abuse Screening Test)
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Troubles Anxieux

BAI (Beck Anxiety inventory)
Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Qualité de vie / capacité pour travail

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)
Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale-répercussion fonctionnelle de la DM en

lien avec l'employabilité)

Sheehan Disability Scale (SDS) : Questionnaire de David Sheehan (répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Q-LES-Q (Quality of Life Employment and Satisfaction Questionnaire)

Pédopsychiatrie

Symptômes anxieux

Spence children's anxiety scale (SCAS)

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)

Beck Anxiety Inventory for Youth (BYI)

Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Dépression

Weinberg Depression Scale for children and adolescents (WDSCA)

Child Depression Inventory (CDI)

Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

Maladie bipolaire

General Behavior Inventory (GBI)

Autisme

Checklist for autism in Toddlers (CHAT)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Trouble oppositionnel

Conduct Disorder Scale (CDS)

LISTE B. Échelles cliniques longues

Schizophrénie

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

BPRS (Brief Psychiatric Ratings Scale)

CDS (Calgary Depression Scale)

ESRS (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale)

AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale)

Barnes akathisia scale

Dépression

HAM-D-17 ou plus (Hamilton Depression Scale)

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Ratings Scale)

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Maladie bipolaire

YMRS (Young Mania Ratings Scale)

Neuropsychiatrie

GDS (Geriatric Depression Scale)
NPI (Neuropsychiatric Inventory)
CMAI (Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)
CSDD (Échelle de dépression de Cornell pour la démence)
Échelle d'apathie de Marin

Troubles alimentaires

Eating Disorders Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1966)
Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004)

Troubles Anxieux

ESPT (PTSD): TOP 8 (Treatment Outcome PTSD) de Davidson
TAG (GAD): Penn State Worry Questionnaire, HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)
TOC (OCD): YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale)
Trouble de Panique: (1) PDSS (Panic Disorder Severity Scale) / (2) PAS (Panic and Agoraphobia Scale)
Agoraphobie: (1) Mobility Inventory and Fear Questionnaire / (2) The Agoraphobia Scale
Trouble d'anxiété sociale: LSAS (Liebowitch Social Anxiety Scale)

TDAH

ASRS
Conners
Grille de vérification rapide du TDAH chez adulte de Barklay (mise en perspective des symptômes actuels, leurs répercussions fonctionnelles et de leur assise en enfance pour le TDAH chez l'adulte)
WURS (à faire à l'évaluation seulement)

Pédopsychiatrie

Symptômes anxieux

Depression and Anxiety in Youth Scale (DAY5)
Multidimensionnal Anxiety Scale for children (MASC)

Phobie sociale

Liebowitz Social Anxiety Scale Child Adolescent version (LSAS-CA)
Social phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC-C)

Trouble obs-compulsif

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dépression

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS)
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS)
Children's Depression Scale (CDS)

RÈGLE 8.

COMPLEXITÉ CLINIQUE

8.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle, curatelle);
- Patient atteint de 3 diagnostics psychiatriques ou plus;
- Patient ayant une polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus); (patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus), excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre ;
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre).

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

RÈGLE 9.

RAPPORT DÉTAILLÉ DE CONSULTATION

9.1 Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant de reprendre le suivi du patient.

AVIS : Voir le code de facturation **15553** sous l'onglet B.

R = 1

PSYCHIATRIE

15553 Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation 120,00

NOTE : Le code 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gérontopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

AVIS : Voir la règle 9.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15554 Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières 50,00

NOTE : Le code 15554 est facturable avec les codes 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08799, 08817, 08818, 08832, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, ou 08981.

AVIS : Le code 15554 est aussi facturable avec les codes 08795, 08796, 08797, 08914, 08989 ou 08991.

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

15555	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	36,00
	NOTE : Le code 15555 est facturable avec les codes 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.	
15556	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	180,00
	NOTE : Le code 15556 doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
 <u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.		
08920	Visite principale	215,00
----	Supplément de consultation 150,00	
08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	365,00
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	242,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 218,00	
08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	460,00
08781	Visite principale gériatopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	225,00
----	Supplément de consultation gériatopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 165,00	
08782	Consultation gériatopsychiatrique (incluant la visite principale gériatopsychiatrique et le supplément de consultation gériatopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	390,00
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	48,00
	NOTE : Le code 15557 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	143,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	

15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne	135,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15560	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement NOTE : Le code 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.	24,00
15561	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	1 080,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15563	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	72,00
15564	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	15,00
15689	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15689 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	40,00
08922	Visite de contrôle	81,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	55,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	55,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	52,00
08840	patients de 65 ans et plus	52,00

08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	97,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	68,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 08837, 08838, 08839, 08840, 08908 et 08915, inscrire la durée de la thérapie.*

Pour les codes de facturation 08908 et 08915, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l' Addendum 3 - Psychiatrie.

08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	55,00

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	44,00

AVIS : *Inscrire :*

- *le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;*
- *la durée de l'entrevue.*

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08798	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	44,00

AVIS : *Inscrire la durée de l'intervention.*

Voir les règles 3.1 et 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15565	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00

NOTE : Le code 15565 est facturable avec les codes 00024, 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972 ou 16105.

15690	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00

NOTE : Le code 15690 doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

08970	Visite principale	183,00
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	183,00
----	Supplément de consultation 107,00	
08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 160,00	
08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 117,00	
08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation géronto- psychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	310,00
15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier NOTE : Le code 15566 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	40,00
16105	Visite de réévaluation psychiatrique	79,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie .		
15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.		
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.		
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou	750,00

le tuteur

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	60,00
15571	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
15691	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15691 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	35,00
08972	Visite de contrôle	41,00
08841	Thérapie psychiatrique, par unité de temps patients de moins de 12 ans	48,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08844	patients de 65 ans et plus	46,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 08841, 08842, 08843, 08844, 08974 et 08975, inscrire la durée de la thérapie.*
Pour les codes de facturation 08974 et 08975, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.
Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50

AVIS : *Inscrire :*
- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;

- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08822	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade courte intervention	26,00
	maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963	
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50

AVIS : Pour le code de facturation **08823**, inscrire la durée de l'intervention.

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	250,00
08977	traitement subséquent	135,00

	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	350,00
15574	séance subséquente	175,00

08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	62,00

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	307,65
08919	chaque jour subséquent	111,85

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier
uniquement.

*Pour le code de facturation **08918** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient
à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du
lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **08918**, **08919**,
09097 ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des
soins intensifs comme heure de fin du service.*

*Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la
Brochure n° 1.*

00024	Visite de départ	<i>183,00</i>

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

Externe

15575	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
	NOTE : Le code 15575 est facturable avec les codes 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.	
15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00
	NOTE : Le code 15576 doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

08980	Visite principale	183,00
----	Supplément de consultation 137,00	
08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00	
08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00	
08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation géronto- psychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00
15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : Le code 15577 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16106	Visite de réévaluation psychiatrique	133,00

AVIS : *Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.*

15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00

AVIS : *Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.*

15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne	125,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement NOTE : Le code 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.	20,00
15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	60,00
15584	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
15692	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15692 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	35,00
08982	Visite de contrôle	72,00
08845	Thérapie psychiatrique, par unité de temps patients de moins de 12 ans	48,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00

08849	patients de 65 ans et plus	46,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 08984 et 08985, inscrire :*

- la durée de la thérapie;

- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;

- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade courte intervention maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963	26,00
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50

AVIS : *Pour le code de facturation 08825, inscrire la durée de l'intervention.*

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15585	premier traitement	250,00
08987	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15586	première séance	350,00
15587	séance subséquente	175,00

Salle d'urgence

15759	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00

NOTE : L'acte codé 15759 est facturable avec les actes codés 08799, 08817 et 08818

08799	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	267,00
08817	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	350,00
08818	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	287,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15588	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00

NOTE : Le code 15588 est facturable avec les codes 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.

08940	Visite principale	183,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre	183,00
08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
08792	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
08793	Visite principale gériopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
08794	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	310,00
15589	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier <i>NOTE : Le code 15589 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien avec une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.</i>	40,00
16107	Visite de réévaluation psychiatrique	79,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15590	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15591	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement NOTE : Le code 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.	20,00
15592	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.		
15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.		
15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	60,00
15595	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15595 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
15693	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : Le code 15693 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	35,00
08941	Visite de contrôle	41,00
Thérapie psychiatrique, par unité de temps		
08850	patients de moins de 12 ans	48,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08853	patients de 65 ans et plus	46,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : Pour les codes de facturation **08820** et **08821**, inscrire :
- la durée de la thérapie;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08836 Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps 48,00

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08816 Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps 37,50

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08826 Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade
courte intervention, 26,00
maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963

08827 longue intervention, par unité de temps (1/4 heure) 37,50

AVIS : *Pour le code de facturation 08827, inscrire la durée de l'intervention.*

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Domicile :

08945 Visite principale 46,00

08946 Visite de contrôle 17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants **30,00**

NOTE: L'acte codé **15675** est facturable avec les actes codés **08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991** ou **16108**.

Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.

15676 *NOTE: L'acte codé 15676 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.* **150,00**

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08989	<i>Visite principale</i>	183,00
----	Supplément de consultation 84,00	
08991	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	267,00
08795	<i>Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)</i>	220,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 130,00	
08914	<i>Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)</i>	350,00
08796	<i>Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)</i>	193,00
----	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 94,00	
08797	<i>Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)</i>	287,00
15677	<i>Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier</i>	40,00
	<i>NOTE : L'acte codé 15677 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.</i>	
16108	<i>Visite de réévaluation psychiatrique</i>	133,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15678 *si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte: 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans: 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre ou présentant des difficultés langagières, supplément* **40,00**

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

15679 *Rédaction d'un rapport de synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1^{re} ligne.* **125,00**

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références

ultérieures.

15680	Révision, au vu du dossier, de résultat (s) d'analyse (s) ou d'examen (s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement <i>NOTE: L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.</i>	20,00
15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le (s) parent (s) ou le tuteur <u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	900,00
15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le (s) parent (s) ou le tuteur <u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	750,00
15683	Administration et interprétation de l'échelle de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE: Mini-Mental State Examination)	60,00
15684	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3) <i>NOTE: L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.</i>	10,00
15764	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3). <i>NOTE : L'acte codé 15764 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.</i>	35,00
08990	Visite de contrôle	72,00
	<i>Thérapie psychiatrique, par unité de temps</i>	
08954	patients de moins de 12 ans	48,00
08955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08957	patients de 65 ans et plus	46,00
08958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> Pour les codes de facturation 08958 et 08959 , inscrire : - la durée de la thérapie; - le numéro d'assurance maladie de chaque personne. Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
08960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08962	<i>Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps</i>	37,50

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade.

08963	<i>courte intervention</i>	26,00

08964	<i>longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)</i>	37,50

AVIS : *Pour les codes de facturation 08963 et 08964, inscrire la durée de l'intervention.*

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Électroconvulsivothérapie (ECT)

15685	<i>premier traitement</i>	250,00

15688	<i>traitement subséquent</i>	135,00

Stimulation magnétique transcrânienne

15686	<i>première séance</i>	350,00

15687	<i>séance subséquente</i>	175,00

R = 1

RADIO-ONCOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	43,60

09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	43,60

---- **Supplément de consultation 40,30**

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90

09129	Visite de contrôle	25,50

09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	25,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	51,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	51,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 122,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,20
09094	Visite de transfert	36,10
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	36,10
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
09152	Visite de contrôle	19,30
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	25,70
09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	25,70
Externe		
09162	Visite principale	32,40
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
----	Supplément de consultation 106,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
09164	Visite de contrôle	19,10
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
09147	Visite principale	21,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09148	Visite de contrôle	11,20
Domicile :		
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. 49,05

Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes

NOTE : Lorsque, dans le cadre d'une clinique des tumeurs, une consultation est faite auprès d'un patient, celle-ci est payable une fois par patient pour l'ensemble des radio-oncologues.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

15465 Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier 50,00

NOTE : Le code 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, par site anatomique.

NOTE : Maximum 2 sites anatomiques par patient, par jour, pour l'ensemble des médecins.

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT**

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201 Visite principale 32,40

09214 Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) 32,40

---- **Supplément de consultation 106,40**

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 138,80

09202 Visite de contrôle 19,10

09215 Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) 19,10

R = 1

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	108,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	27,60
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation 110,50	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,00
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 110,50	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	219,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15469	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
00032	Supplément de durée	96,55

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

00033	Visite de contrôle	62,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

00034	Visite principale	106,40
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	106,40
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	26,60
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 60,60	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
00037	Supplément de durée	61,60

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

00038	Visite de transfert	106,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

00039	Visite de contrôle	57,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	95,50

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053	premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

AVIS : *Pour la période d'hospitalisation, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier uniquement.*

*Pour le code de facturation **00053** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **00053**, **00054**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

00024	Visite de départ	140,45
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	35,10

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

Externe

00042	Visite principale	80,00
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 80,00

15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	160,00

NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.

AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15476	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

00044	Supplément de durée	70,00

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

00045	Visite de contrôle	45,00

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

00063	Visite principale	80,00
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation	160,00
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
00065	Supplément de durée	70,00

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

00066	Visite de contrôle	45,00

ADDENDUM 12 – SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DE TRAVAIL

Pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

La visite de suivi oncologique en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est la visite que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.

UNITÉS DE TEMPS

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

RÈGLE 5.

INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS D'UN PATIENT

L'intervention clinique auprès d'un patient est la visite, effectuée par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, qui comprend, selon le cas, des fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux.

Selon le cas, le médecin s'implique durant la phase aiguë, chronique, de réadaptation ou de réduction des méfaits des problèmes de santé. De plus, cet acte peut inclure une activité auprès des proches, de la famille et des autres intervenants, ainsi que des visites en milieu du travail.

On paie l'intervention clinique auprès d'un patient par période d'activités de 15 minutes complétée.

R = 1

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

Cabinet privé :

09127	Visite principale	159,65
----	Supplément de consultation 79,85	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	239,50
09137	Supplément de durée	86,50

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129	Visite de contrôle	79,85
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	52,00

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	179,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	179,10
16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
----	Supplément de consultation 102,35	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	281,45
16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
09080	Supplément de durée	66,55

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094	Visite de transfert	133,05

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

16114	Visite de suivi oncologique	81,90

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09152	Visite de contrôle	61,40

16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,95

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16116	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	81,90

16117	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	102,35

00024	Visite de départ	143,30

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.

Externe

09162	Visite principale	122,80

16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90

16119	patient de 85 ans ou plus, supplément	81,90

----	Supplément de consultation	61,45

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,25

16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90

16121	patient de 85 ans ou plus, supplément	81,90
09078	Supplément de durée	66,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
16122	Visite de suivi oncologique	71,65
	AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
09164	Visite de contrôle	61,40
16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,95
	AVIS : Inscrire : - le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers; - la durée de l'entrevue.	
	Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
16124	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
	AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.	
	Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	81,90
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	102,35
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	102,35
16126	Patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
	AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,70
16127	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
16128	Visite de suivi oncologique	81,90

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09148	Visite de contrôle	61,40

16129	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,95

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16130	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16131	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	102,35

Domicile :

09171	Visite principale	46,00

09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par quart d'heure complété	49,23

NOTE : Le code 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient.

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par heure complétée	190,00

L'évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive est effectuée sur demande écrite d'un établissement de santé ou d'un organisme ayant obtenu l'autorisation du directeur régional de santé publique. Selon la nature de la demande, l'évaluation comporte l'une et l'autre des activités suivantes : l'analyse du problème, l'établissement de recommandations, la coordination d'activités, l'évaluation d'activités ou de résultats.

Cet acte comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : *Pour les services effectués à distance, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation du directeur régional de santé publique;
- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.**

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le code de localité ou le code postal où le service est rendu;
- la précision du lieu **Le lieu où est rendu le service par le professionnel.**

AVIS : *Inscrire la durée de l'évaluation et l'heure de début du service.*

Le médecin doit s'assurer que la Régie a reçu l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique à la suite de la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est réalisée.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

----	Supplément de consultation 61,45	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,25
09088	Supplément de durée	66,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	61,40

R = 1

UROLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597 et 16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	59,30
15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	59,30

---- **Supplément de consultation 25,65**

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,95

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	22,00
15758	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	47,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,70
----	Supplément de consultation 34,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,25

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 74,00	

16109	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique)	121,70

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.

09152	Visite de contrôle	19,10
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	34,25
Externe		
09162	Visite principale	45,60
15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	45,60
----	Supplément de consultation 19,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,35

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 63,70	

16110	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique)	109,30

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.

09164	Visite de contrôle	16,90
15760	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,00

Salle d'urgence

15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	25,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	25,80

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	50,50

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148	Visite de contrôle	13,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport	45,00

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	48,05
----	Supplément de consultation 14,45	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	62,50

AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09202	Visite de contrôle	17,80

R = 1

HORS DISCIPLINE

AVIS : *Voir la règle 22 du préambule général.*

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (voir l'article 22. u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09128	Visite principale	46,00
09139	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09158	Visite principale	39,00
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (PG-5.5)	39,00
09159	Visite de contrôle	17,00

Externe

09177	Visite principale	39,00
09178	Visite de contrôle	17,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09197	Visite principale	39,00
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	39,00
09198	Visite de contrôle	17,00

Domicile :

09179	Visite principale	46,00
09199	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09210	Visite principale	39,00
09211	Visite de contrôle	17,00

R = 1

DIVERS

15761	Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet et en établissement lors d'une visite	25,00

AVIS : *Voir la règle 35 du préambule général.*

Constat de décès :

15264	constat de décès à distance	25,00

NOTE : Le code 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.

09200	rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3)	31,00

AVIS : Voir la règle 20 du préambule général.

Surveillance

00080	première demi-heure	39,00

	par quart d'heure additionnel	39,00

AVIS : Inscrire la durée de la surveillance.
Voir la règle 9 du préambule général.

Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier

09246	première demi-heure	78,00

	par quart d'heure additionnel	78,00

AVIS : Inscrire la durée de la surveillance.
Voir la règle 9.3 du préambule général.

08925	Thérapie de communication	46,00

(Voir Règle 7 du Préambule général)

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

15405	Réunions cliniques multidisciplinaires	200,00
15406	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	50,00

(Voir Règle 34 du Préambule général de l'Annexe #4 ou Règle 9 du Préambule général de l'Annexe #5)

NOTE : La participation aux réunions visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période complète de 15 minutes. Maximum de 40 heures par année civile, par médecin.

NOTE : Les actes codés 15405 et 15406 ne s'appliquent pas aux médecins classés en anatomopathologie ou en psychiatrie, à un médecin qui participe à une clinique des tumeurs et à un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité (voir règle 34.5 du préambule général).

AVIS : Utiliser le code de facturation **15405** ou **15406**.

*Pour le code de facturation **15406**, inscrire la durée additionnelle de la participation à une réunion clinique multidisciplinaire.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Conserver pour une période de 60 mois les documents concernant la discussion du cas clinique aux fins de références ultérieures.

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (voir Règle 36 du Préambule général)

17000	par quart d'heure complété	50,00

AVIS : *Inscrire:*

- la durée de l'intervention;*
- l'heure de début de l'intervention.*

17001	temps de déplacement, par quart d'heure de déplacement complété	50,00
	Maximum 3 quarts d'heure	

AVIS : *Pour un déplacement de 10 kilomètres et plus, inscrire:*

- la durée du déplacement*
- l'heure de début du déplacement*

AVIS : *En cas de dépassement du maximum de 6 périodes de 15 minutes pour l'aller-retour, inscrire l'élément de contexte **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir.***

17002 Démarches effectuées pour l'obtention et la gestion des médicaments (voir règle 37 du préambule général) 50,00

Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir (voir règle 38 du préambule général)

17003 partie 1 du formulaire seulement et sa transmission 150,00

17004 parties 1, 2 et 3 du formulaire et sa transmission 250,00

17005 Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir (voir règle 39 du préambule général) 50,00

AVIS : *Inscrire le numéro du médecin accompagnateur ou son prénom, son nom et sa profession.*

17006 Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (voir règle 40 du préambule général) 100,00
R = 1

EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE # 5)

Au cabinet :

00092 examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire 431,00

00091 examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire 185,00

Dans un établissement :

00090 examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire 354,00

00089 examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire 153,00

09069 pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans, sur présentation de notes explicatives, par demi-heure additionnelle, supplément 54,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de la séance.*

ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE # 6)

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

1) Un questionnaire portant sur :

- a) les antécédents familiaux du patient;
- b) les antécédents personnels du patient;
- c) la problématique présentée par le patient;
- d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
- e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
- f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :

- nez, gorge, oreilles
- yeux
- système digestif
- système cardiovasculaire
- système respiratoire
- système génito-urinaire
- système nerveux
- appareil locomoteur
- système endocrinien.

2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.

4) Un examen clinique des régions suivantes :

- peau
- phanères
- ganglions
- tête
- cou
- thorax
- abdomen
- organes génitaux (sauf contre-indication)
- colonne et extrémités.

5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.

7) La rédaction et son envoi à l'organisme concerné du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :

- le bilan médical et pronostic
- le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
- les suggestions d'allocation de services.

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	153,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	37,00

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES
MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA
JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE # 64)**

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :

09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	185,00

Dans un établissement :

09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	153,00

Supplément :

(cabinet ou établissement)

09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	54,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de l'évaluation.*

Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance

15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour	556,00

Évaluation au vu du dossier de l'enfant

15261	évaluation - au vu du dossier	278,00

15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	175,00

AVIS : ***Pour la rémunération mixte***

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation pour le mode mixte;
- la précision du lieu **Témoignage au tribunal.**

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le code de localité ou le code postal;
- la précision du lieu **Le lieu où est rendu le service par le professionnel.**

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire la durée de la vacation.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du tribunal aux fins de références ultérieures.*

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES
PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
(LETTRE D'ENTENTE # 172)**

98000	Évaluation – garde préventive	150,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	250,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	250,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	950,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	175,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	300,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 000,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	600,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	600,00
98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	600,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	600,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	600,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	175,00

AVIS : *Inscrire la durée de la vacation.*

AVIS : *Pour la rémunération mixte*

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation pour le mode mixte;*
- la précision du lieu **Témoignage au tribunal.***

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le code de localité ou le code postal;*
- la précision du lieu **Le lieu où est rendu le service par le professionnel.***

98020	Signalement à la DPJ	400,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé)	480,00

AVIS : *Pour les codes de facturation 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020 et 98021 et 98022, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Particularités pour la facturation des codes 98005, 98006 et 98007 lorsque le témoignage devant une cour ou un tribunal est en relation avec ces codes :

Ces services sont assurés en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance du tribunal. Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois.

Si l'accusé ne détient pas de carte d'assurance maladie valide :

- spécifier que la personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et qu'elle n'est pas en mesure de présenter une carte d'assurance maladie valide;*
- inscrire son nom, son prénom, sa date de naissance, son sexe et son adresse.*

Si l'accusé détient une carte d'assurance maladie valide, inscrire son numéro d'assurance maladie.

Le rôle 1 doit être utilisé avec ces codes.

AVIS : Conserver, pour une période de 60 mois, l'ordonnance du Tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou la copie du subpoena assignant le médecin à comparaître aux fins de références ultérieures.

R = 1

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicte par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre	25,00

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	25,00

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	31,00

09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	31,00

SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques	28,00

15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction	44,00

15312	Examen externe d'un cadavre	54,00

R = 1

ANNEXE 24

RÉMUNÉRATION DES SERVICES

MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI

SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926	rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	21,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

1^o la date de l'accident du travail;

2^o le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3^o la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;

4^o le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;

5^o dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927	rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission	20,00

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928	rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission	20,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

- 1^o l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 2^o l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
- 3^o l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion;

Le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930	rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission	25,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929	rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission	90,00

6. BILAN MÉDICALE

A) Nature du rapport :

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907	pour l'information verbale fournie	125,00

B) Considération en raison de la complexité :

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914		30,00
09915		60,00
09916		90,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	95,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux

paragraphe 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1° le diagnostic;

2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909

rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé

125,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par 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 objet d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944

examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit

400,00

09901 supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente. 105,00

09984 supplément pour la psychiatrie 300,00

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1^o évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 780,00

09902 supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente. 105,00

09985 supplément pour la psychiatrie 300,00

2^o évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09946 examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 875,00

09980 supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente. 105,00

09986 supplément pour la psychiatrie 300,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947 65,00

09948 110,00

09949 165,00

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie	250,00

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES

A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé ou dont l'état ne lui permet pas de se présenter au Comité et qui est d'accord à ce qu'une décision soit rendue sur dossier quant à sa réclamation, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur. Les membres du comité posent un diagnostic, déterminent si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité	380,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	115,00
09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	120,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu	90,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	175,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier

09903		65,00
09904		115,00
09905		175,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE

A) Nature du rapport

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission	375,00

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1^o le diagnostic;

2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	365,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	625,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	665,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	950,00
09977	supplément lorsque effectué en cabinet	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1^o le diagnostic;

2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre	565,00
09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	750,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

09981		160,00
09982		210,00

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale, du Comité des maladies pulmonaires, du Comité spécial des présidents ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, 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.**

15. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit en cabinet privé les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois, par lésion professionnelle acceptée par la Commission ou, par la suite, au maximum une fois par an lorsqu'une aggravation de la surdité est suspectée.

09919	supplément pour la production des tests audiologiques en cabinet privé dans les cas prévus	85,00

16. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

09970

rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

70,00

AVIS : *Inscrire comme date d'événement la date à laquelle le formulaire visant le retrait préventif est complété.*

S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

A) Assignation temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

1^o le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;

2^o ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et

3^o ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

09971

rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai à la Commission du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci

65,00

18. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

09942

étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin

340,00

AVIS : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911	25,00
09912	50,00
09913	75,00

19. AVIS MOTIVÉ

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débiter.

L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites :

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

1^o Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);

2^o Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B »); lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre.

Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels;

3^o Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900	Pour la rédaction complète et l'expédition du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes : huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant de la santé ou trente (30) traitements	110,00

20. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité du travail et son règlement.

09954 rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel 110,00

AVIS : *Le médecin doit être autorisé par les parties négociantes pour facturer ce service.*

ANNEXE 30

ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE

Abrogé.

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération pour l'anesthésie locale reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

Allergie

20104	Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine	160,00	200,00

Le code 20104 n'est facturable qu'avec les codes 00100, 0015 00100, 00152, 00161, 00334, 20105, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20504 et 20505.

	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00100	une injection	12,50	17,50
20105	deux injections ou plus, le même jour	17,50	22,50

NOTE : Les codes 00100 et 20105 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.

	Cuti-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par jour :		
20500	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique	23,50	29,50
20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	27,00	32,50

	Scarification ou intradermoréaction		
20502	tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	56,00	67,50
20503	tests cutanés aux médicaments, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour	45,00	56,00
00107	Transfert passif	31,50	37,80
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie et en oto-rhino-laryngologie)	5,65	
20106	Supervision de l'application cutanée contrôlée de substances chimiques à l'aide de chambrettes autocollantes laissées en place 48 heures et plus. Maximum 200 allergènes par séance	1,00	1,00

AVIS : Inscrire le nombre d'allergènes.

20107	Lecture en temps direct effectuée 72 heures ou plus après l'application Maximum d'une seule lecture par patient, par application	30,00	30,00
20108	Lecture de fiche signalétique (SIMDUT)	50,00	50,00
20109	Élaboration et préparation d'échantillons pour tests par application (produits industriels ou médicaments non commercialement disponibles)	300,00	300,00
00152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance	57,00	
20110	Perfusion intraveineuse d'immunomodulateur, incluant la surveillance	50,00	
20111	Injection anti-IgE, incluant la surveillance	25,00	
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	102,20	102,20
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	150,00	
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60	
20505	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60	
00334	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour, par jour	375,00	
00815	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation	40,00	

	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00161	première injection	50,00	70,00
20112	injection subséquente, maximum 3 injections subséquentes	20,00	25,00
	NOTE : Les codes 00161 et 20112 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.		

AVIS : *Inscrire le nombre d'injections subséquentes.*

20113	Traitement ultra-rapide d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour. Minimum de 4 injections par type de venin, par patient, par jour.	350,00	

NOTE: Le code 20113 est facturable une fois par jour, par patient.

20114	Traitement d'hyposensibilisation sublingual (initiation) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, limité aux extraits d'allergènes approuvés pour cette voie d'administration Maximum 1 fois par allergène, par patient, par année civile	17,50	22,50

00781	Dosages d'IgE spécifiques Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement)	30,00	30,00

Analyse de laboratoire

00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie) NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient		2,20

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie percutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **En vue de l'étude d'un ou de plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses.**

Angiographie veineuse :

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)
veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	23,10	

00233	bénéficiaire de moins de 2 ans veine thoracique ou abdominale	41,10	6
00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	48,10	4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans par dissection veineuse : veine cave supérieure ou inférieure	71,65	4
00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	64,45	4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine	85,80	4
00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	88,10	4
----	(maximum de 220,25 \$)		
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50	4
----	(maximum de 281,25 \$)		

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

Angiographie artérielle :

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter, s'il y a lieu)
artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00142	bénéficiaire de 2 ans ou plus	30,90	4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,00	4

artère sous-clavière

00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	75,85	5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,00	6

artère carotide ou vertébrale

00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	71,70	6
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	97,50	5

artère thoracique ou abdominale
aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)

00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	64,55	4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,25	6

aortographie translobaire

00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	72,00	5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	108,00	5

par dissection artérielle :

aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)

00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	92,70	5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	126,85	5

artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coeliaque, mésentérique, bronchique)
ajouter à l'aortographie non sélective

00134	bénéficiaire de 2 ans ou plus	29,30	
----	(maximum de 117,20 \$)		

00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	36,00
----	(maximum de 144,00 \$)	

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

Coronarographie

00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	194,85	5

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	292,30	5

Angiocardiographie :

non sélective (par voie veineuse)

00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	44,85	5

00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	62,25	6

sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire

00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	104,50	5

---- (maximum de 209 \$)

00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	156,10	6

---- (maximum de 312,20 \$)

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

20506	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie	375,65	5

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

Aphérèse

00439	Érythrocytaphérèse	142,45

00434	Leucaphérèse	142,45

00406	Plaquettaphérèse	142,45

20185	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus), (pour médecin spécialiste en hémato-oncologie seulement)	142,45

20115	Cholestérol incluant la surveillance et la visite	100,00

AVIS : *Pour le médecin classé en biochimie, utiliser l'élément de contexte
Quote-part facturée le même jour lorsque l'acte codifié 20115 est
effectué le même jour que l'acte codifié 09735.*

Aspiration

00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)

		9,75	9,75	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	15,75	15,75	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	19,05	19,90	4

Audiométrie

Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

	tonale			
00180	interprétation et technique de procédé	17,30	19,70	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	10,65	10,65	
00747	interprétation et technique de procédé	28,95	38,85	
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	3,15		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	107,20		6
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale	9,45	9,45	

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

00165	anus (PG-28)	17,85	20,85	5
00166	aponévrose	43,65	50,35	4
20021	artère temporale	114,90	114,90	5
00167	bouche	28,65	30,25	4
00168	bourse profonde	58,10	58,10	4
00169	bourse superficielle	25,20	25,20	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	37,25		
00173	conduit auditif externe	26,45	27,65	4
---	conjonctive	(voir oeil)		
00179	estomac (perorale)	17,85	17,85	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	55,00	55,00	5
00183	gaine tendineuse	40,95	46,95	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)	46,00	46,00	5

00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire			6
		112,50	112,50	
00185	gencives	25,95	26,95	4
00187	glandes salivaires	34,05	36,40	5
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	50,00		4
00190	intestin grêle (perorale)	45,00	45,00	
00192	langue	28,65	30,25	4
----	larynx	(voir laryngoscopie)		
00194	lèvre	24,70	25,50	4
00195	ligament	41,95	49,15	4
00308	masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)	33,20	33,20	5
20116	avec échoguidage, excluant la biopsie de la thyroïde, supplément moelle osseuse : aspiration seulement	30,00		
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28 pour pédiatre seulement)	57,00	57,00	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28 pour pédiatre seulement)	63,00	63,00	4
	multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire			
20507	chez le donneur	398,85		5
20508	par autogreffe	398,85		5

AVIS : Le code de facturation **20507** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

00202	muscle	105,00	105,00	5
00220	nerf périphérique	102,90	102,90	5
00204	nez : tumeur endonasale	31,95	34,05	4
----	orbite	(voir oeil)		
00207	oreille moyenne	28,65	28,65	4
00273	osseuse à l'aiguille (PG-28) avec aspiration de moelle osseuse	91,15		4
00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	110,65		4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	161,00		4
	osseuse ouverte :			
----	os mineur	(voir système musculo-squelettique)		
----	os majeur	(voir système musculo-squelettique)		
00213	palais	28,65	30,25	4
----	paupières et sourcils	(voir oeil)		

00215	cutanée et tissus sous-cutanés au poinçon, ou exérèse elliptique de 1,5 cm ou moins (PG-28)	32,00	32,00	4
20117	cutanée, par rasage	21,70	21,70	
20118	exérèse elliptique de plus de 1,5 cm	60,00	60,00	5
20119	matrice ou lit de l'ongle	60,00	60,00	4
00221	pharynx	28,65	30,25	5
00222	plèvre : à l'aiguille	150,00	150,00	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	173,30		4
00226	préscalénique	63,00	63,00	4
00227	prostate (à l'aiguille)	37,80	37,80	4
00223	rate (avec manométrie)	61,25	61,25	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	60,90	60,90	4
00231	rectum	12,20	14,30	5
00232	rein (à l'aiguille) (PG-28)	100,00	100,00	5
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	15,50	19,80	4
00236	sinus	27,40	27,40	5
00238	tendon	38,10	44,60	4
	testicules :			
00241	unilatérale ou bilatérale	41,90	50,50	5
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	58,70	69,40	4
00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	28,00	45,00	
00103	si évaluation d'une masse thyroïdienne avec biopsie sous échoguidage, supplément (cet acte est réservé aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	30,00		
----	transtrachéale ou transbronchique		(voir bronchoscopie)	
00244	urètre (sans endoscopie)	14,60	14,60	4
00246	vaisseau superficiel	43,05	49,35	5

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

bloc facettaire sous contrôle échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

00217	un site	42,30	66,70	
20510	chaque site additionnel, par séance, maximum 4	21,00	21,00	

AVIS : Incrire le nombre de sites additionnels.

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée lorsque effectuée à la même séance qu'un bloc facettaire.

NOTE : Les codes 00217 et 20510 ne peuvent être facturés avec les codes 00431 et 20598.

Infiltration articulaire C1-C2 (atlanto-axiale) sous scopie avec positionnement intra-articulaire incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste

20511	unilatérale	185,20	218,30
20512	bilatérale	330,80	363,80

00255	blocage d'un nerf somatique majeur tels radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	21,00	21,00

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 1 Nerf somatique sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

Ce code de facturation ne peut pas être utilisé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale.

00722	bloc veineux	29,90	29,90
00257	caudal	41,60	41,60
20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	24,85	49,60
00250	épidurale cervicale	75,60	75,60
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	21,00	41,00
00297	épidurale thoracique ou lombaire	42,00	42,00
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	21,00	41,00
00258	ganglion de Gasser	61,65	61,65
00792	ganglion impar (Walther)	36,80	36,80
00259	ganglion sphéno-palatin	55,25	55,25
00260	ganglion stellaire	34,70	34,70
00261	nerf fémoro-cutané	23,00	23,00
00262	nerf laryngé supérieur	33,60	33,60
00719	nerf obturateur	33,60	33,60
00263	nerf phrénique	28,35	28,35
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	131,25	131,25
00265	nerf sus-scapulaire	23,10	23,10
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	44,05	44,05
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical)	31,70	31,70

	maximum par jour	79,25	79,25
20023	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squelettiques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	156,65	
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection maximum un bloc par jour, par patient	36,80	36,80
	Infiltration dans le foramen, sous télévision, d'une racine nerveuse cervicale ou thoracique, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée		
20513	une racine	176,40	209,50
20514	deux racines ou plus	330,80	363,80
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée		
00292	une racine	114,45	136,45
00293	deux racines ou plus	179,70	216,10
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :		
00268	unilatéral	78,75	78,75
00269	plexus brachial	42,00	42,00
00322	sinus carotidien (PG-28)	33,10	33,10
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	33,60	33,60
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	33,75	33,75
	NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 %. Cette majoration ne peut être appliquée avec les codes 00250, 00257, 00297 et 00722.		

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence.

Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

	Bronchoscopie :		
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	31,50	5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00	4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00	1
00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	150,00	7
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00	1
20120	avec thermoplastie bronchique, supplément	100,00	1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00	1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00	1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00	1

20085	avec navigation électromagnétique, supplément	100,00	1
20181	avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément	150,00	1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00	1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	50,00	1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	157,50	5
20121	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	50,00	1
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	157,50	1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	157,50	1
20015	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	150,00	3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	100,00	1
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie		
09344	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00	

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de la procédure.*

00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	279,80	6
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	250,00	7
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	144,90	7
00801	Réexpansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et post opératoire et l'anesthésie locale, si employée	131,25	7
	Interventions percutanées transtrachéales		
00811	Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	105,00	7
00812	Réinsertion d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation suite au retrait accidentel moins de huit semaines après l'insertion initiale, incluant les remplacements et les aspirations	106,20	7

20515	premier intervenant	210,00
20516	deuxième intervenant	134,60

CARDIOLOGIE

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans.

Études et épreuves cardiologiques

Électrocardiogramme :

au bureau :

00340	interprétation	2,35
00341	technique et interprétation	6,95
00344	à domicile 22,15	

00339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)	66,60

00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)	48,30

00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)	99,00

00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation	39,65	50,10

NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central.

00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	57,40

Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)

00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,75	25,75
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	39,85	39,85
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)		
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	66,40	66,40
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	100,15	100,15
00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)	80,00	80,00
20517	Si resynchronisation, supplément	20,00	20,00
	NOTE : Le code 20517 peut être facturé en supplément des codes 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.		
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	73,40	
00704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal, si effectué le même jour	73,40	
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite. 12,55 \$ par heure, par patient, maximum 15 patients, par médecin		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire :</i> - le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun; - la durée de la surveillance.			
00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de 24 heures, interprétation	13,95	13,95
	NOTE : Ne peut être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.		

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les

analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

Les actes des sections « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

09410	pour une période de 3 heures, supplément	129,20

09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	88,10

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention.*

09435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 146,70 \$ par jour

00300	Un maximum de 587 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section "Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques", y compris l'angiologie, faits à la même séance pour un patient âgé de plus de 14 ans.

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS : *Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, utiliser le code de facturation de chaque service rendu.*

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés

09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans

00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28)	64,55	4

NOTE : Le code 00617 ne peut être facturé avec le code 00648, le même jour, pour le même patient.

00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	176,15	4

00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	160,85	4

09492	voie d'approche transseptale, supplément	293,55	1

09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	293,55

			1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire A8-1 (PG-23) (PG-28)	165,75	4
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	264,10	5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement Cathétérisme de l'artère ombilicale	50,70	4
00307	mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	109,30	4
Interventions cardiologiques			
20186	Un supplément est payable si imagerie par OCT des artères coronaires, technique et interprétation NOTE : Le code 20186 ne peut être facturé avec les codes 08375, 08376 et 08377, à la même séance.	233,75	1
L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.			
00631	temps angioradiologique	246,60	
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 19.			
00632	temps angioplastique	528,35	8
00662	temps angioradiologique et angioplastique	645,75	8
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 19.			
09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	152,60	
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre d'artères additionnelles.			
20520	si athérectomie, supplément	293,55	
20521	si tuteur(s) intravasculaire(s), supplément	205,50	
20522	si thromboaspiration intravasculaire, supplément	205,50	
20523	si mise en place d'un système de protection embolique endovasculaire, supplément	205,50	
20524	si extraction de corps étranger(s), supplément	352,20	
20525	si embolisation septale appliquée aux cardiomyopathies hypertrophiques, supplément	410,95	

20518	Épreuve pharmacologique percutané pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	88,10	6
20122	Épreuve avec effort percutané pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	88,10	6
20519	Épreuve pharmacologique percutané pour évaluation de la sévérité des cas de rétrécissement aortique calcifié associé à une dysfonction ventriculaire afin de confirmer la pertinence d'une intervention valvulaire	88,10	6
Angioplastie d'occlusion chronique			
20123	si double accès artériel pour injection coronarienne simultanée, dans le contexte d'une angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	226,45	2
20124	si guide et/ou microcathéter avancé par voie rétrograde dans le contexte d'une tentative d'angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	339,65	2
NOTE : Les codes 20123 et 20124 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.			
20187	Embolisation de fistule coronarienne ou collatérale aorto- pulmonaire dans le contexte d'une malformation cardiaque	300,00	8
20188	si fistule coronarienne ou collatérale additionnelle, supplément. Maximum 2	100,00	2
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nombre de fistules additionnelles.</i>			
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	939,20	8
09361	dilatation d'une sténose à un site différent, supplément	129,20	
20189	si utilisation d'un tuteur endovasculaire, supplément Maximum 2	200,00	2
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nombre de tuteurs.</i>			
20190	si perforation par radiofréquence d'obstruction ou d'atrésie complète valvulaire ou d'un gros vaisseau intrathoracique, supplément	200,00	2
20526	Correction ou oblitération percutanée d'une incompetence valvulaire ou périvalvulaire par différents implants incluant, le cas échéant, le cathétérisme aortique, le cathétérisme cardiaque gauche, le cathétérisme transseptal et l'angiographie de cavité cardiaque	939,20	8
20125	si utilisation d'un implant de rapprochement actif des feuillets « clip mitral », par implant (maximum 2), supplément	198,10	2

AVIS : *Inscrire le nombre d'implants.*

Remplacement valvulaire incluant la valvuloplastie par ballonnet, l'implantation d'une endoprothèse valvulaire et, le cas échéant, l'ensemble du cathétérisme cardiaque gauche et droit, le débit cardiaque, la documentation du gradient

	transvalvulaire et l'utilisation d'une électrode endocavitaire pour stimulation ventriculaire rapide			
20527	par voie artérielle ou veineuse	1 761,00		18
20576	par voie apicale	1 132,15		18
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	821,80		12
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	500,00		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	293,55	293,55	5
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (PG-28)	352,20		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	19,95		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	234,80		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	88,10		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	88,10		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	155,60		10
	Implantation d'un système d'assistance circulatoire percutanée			
20528	installation (PG-23)	587,00		10
20529	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	117,40		
20530	exérèse percutanée (PG-23)	117,40		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance : une par séance (PG-28)	87,90	87,90	4
	Stimulateur cardiaque			
20191	Si procédure de vénoplastie par dilatation percutanée dans le contexte de voie d'accès compliquée, supplément NOTE : Le code 20191 est un supplément aux codes 00460, 20531, 20532, 20577, 20579, 20588	200,00		2
	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent			
20577	une électrode (PG-23)	495,95		7
20578	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00		
20579	deux électrodes (PG-23)	621,05		7

20580	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
20581	par voie thoracique, supplément (PG-23)	125,10	1
20582	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	267,15	7
20583	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
20588	Exérèse, remplacement, repositionnement de cardiostimulateur ou défibrillateur sans électrode réimplantée, incluant la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance (PG-23)	404,80	7
20589	une électrode réimplantée, supplément (PG-23)	178,55	8
20590	électrodes supplémentaires réimplantées, par électrode, supplément (PG-23)	151,65	8

AVIS : *Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires.*

Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie endovasculaire

20584	une électrode, (PG-23)	146,90	6
20585	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60	2

AVIS : *Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires.*

20586	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45	1
20587	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	473,10	8

20532	Exérèse d'électrodes endocavitaires avec système d'extraction utilisant une source d'énergie	993,80	8

20194	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60	1

AVIS : *Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires.*

20195	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45	1

00460	Mise en place d'un défibrillateur, toute voie d'approche, incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance	770,70	8

20531	Thérapie de resynchronisation cardiaque incluant la mise en place d'une sonde permanente de stimulation ventriculaire gauche, la mise en place d'un cardiostimulateur (pacemaker) ou d'un défibrillateur et, le cas échéant, l'angiographie du sinus coronaire, la correction d'éventuelle arythmie et la cardioversion	945,05	9

NOTE : Le code 20531 ne peut être facturé avec le code 00460 à la même séance.

Réanimation

Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardiorespiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou

artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.

09403	premier quart d'heure	78,00
09404	deuxième quart d'heure	78,00
09405	chaque quart d'heure additionnel	39,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle à la réanimation.*

AVIS : *Voir la règle 11 du préambule général.*

Électrophysiologie

20533	Test de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire	174,10	4
00176	Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23)	572,60	6

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	238,60	4
00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	496,40	5

NOTE : Les codes 00248 et 00291 ne peuvent être facturés à la même séance.

20199	deuxième ablation dans une cavité cardiaque différente de la première lors de la même procédure, supplément Maximum 1 NOTE : Les codes 00248 et 20199 ne peuvent être facturés à la même séance.	200,00	2
09422	avec mapping gauche, supplément	164,10	4
00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	164,10	4
09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	397,30	4

NOTE : Le code 09471 ne peut être facturé avec les codes 00323 et 09422.

NOTE : Un seul supplément peut s'ajouter au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.

20126	Oblitération de l'auricule gauche par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme et l'approche transseptale faits le même jour (PG-23)	894,20	12

00564	Test de la table basculante, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante, sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	147,70	
	NOTE : la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.		

09345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	401,75	

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz..	176,15	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
20127	patient de moins de 2 ans (PG-28)	100,00	4
20128	si poids du patient <= 4 kg, supplément	50,00	1
09305	patient de 2 ans à 16 ans (PG-28)	57,75	4
09306	patient de plus de 16 ans (PG-28)	31,50	
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste, le cas échéant (PG-28)	55,15	
20200	si patient de moins de 5 ans, supplément	150,00	2
20201	si patient de 5 ans à moins de 18 ans, supplément	100,00	1
09308	Mise en place d'un cathéter veineux central permanent avec réservoir sous-cutané (ex. : type Infusaid ou Port-a-Cath) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance	265,55	6
09309	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	33,85	
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	39,40	5
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance (PG-28)	96,60	
09328	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés,	100,95	

la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique

20129	Mise en place d'un cathéter veineux fémoral pour patient de moins de 14 ans (PG-23) (PG-28)	95,00	4

Diabétothérapie

09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	125,00

09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus	84,00	103,00

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, du dimanche au samedi.

AVIS : Indiquer le nombre de patients et inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.

09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	92,90	92,90

09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	30,95	39,05

AVIS : Pour les codes de facturation **09313**, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n° 33.

Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables			
00343	initiation ou vérification du traitement du diabète type I insulino-dépendant, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20
20534	initiation ou vérification du traitement du diabète insulino-nécessitant autre que type I, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20
00345	installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile	250,00	250,00

NOTE : Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.

20130	Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline	50,00	50,00

NOTE : Le code 20130 peut être facturé une fois par trimestre par patient,

par médecin, pour un maximum de trois fois par année civile.

NOTE : Le code 20130 ne peut être facturé avec le code 00345 à la même séance.

09316	Perfusion continue d'insuline, par jour, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation	32,60

AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.

Pour les codes de facturation **09313**, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n° 33.

Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)

Dialyses péritonéales :

00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	31,75	31,75	5
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	210,00		5
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	117,80		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	210,00		5

Hémodialyse

00419	Installation de cathéters artériels et veineux (PG-28)	170,00		5
	Révision ou réinstallation de cathéters :			
00426	cathéter artériel ou veineux (PG-28)	58,00		5
00427	cathéters artériel et veineux (PG-28)	88,20		6
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site (PG-28)	36,55		4

Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter :

00336	artérielle (périphérique) (PG-28)	33,10	33,10	4
00337	veineuse (PG-28)	30,00	30,00	4

NOTE : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation complémentaire en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois et qui est désigné par les parties négociantes.

2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la

rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du malade.

3. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

4. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

00347	Électroencéphalogramme de base	60,10

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base :

À l'honoraire de l'électroencéphalo-gramme de base peut s'ajouter :

00735	Étude avec électrodes pharyngées	4,20

00752	Électroencéphalogramme de sommeil	38,40

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

Électroencéphalogramme dynamique avec enregistrement continu sur le scalp, visualisation et interprétation (enregistrement minimal de 3 heures)

20535	première heure	65,00

20536	chaque heure subséquente	30,00

AVIS : Inscrire la durée subséquente de l'intervention.

00889	Corticographie un médecin	319,60

00890	deux médecins neurochirurgien	150,00

00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	150,00

00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00

00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	319,60

NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.

00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	111,90 145,45

Magnétoencéphalographie

20593	Interprétation d'un tracé de 64 canaux, d'au moins 1 heure d'enregistrement, comprenant le marquage des pointes et l'analyse finale du ou des foyers épileptiques	300,00

AVIS : *Inscrire le lieu de dispensation correspondant à votre lieu de pratique principal.*

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin qui détient un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en médecine interne, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiothérapie, décerné par le Collège des médecins du Québec ou reconnu par lui aux fins de l'exercice de cette discipline.
2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.
3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.
4. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé par un appareil à acquisition digitale.
5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.

Les études de conduction sensitive segmentaire du nerf médian et du nerf tibial postérieur constituent une exception; chacun des deux segments peut être considéré comme une unité de conduction distincte.

6. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.
7. L'étude détaillée de la transmission neuro- musculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.

8. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des

amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un ou deux nerfs.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon.

9. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contra-latérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude.

00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles	34,00	44,00
09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins 20 paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	74,60	96,90
09412	Électromyographie extensive, 7 muscles et plus	50,00	65,00
00357	Étude de la conduction nerveuse	8,00	10,00
	chaque type, chaque nerf additionnel, supplément	8,00	10,00

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de la Règle 8.1 du Préambule général.

00358	Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites. Stimulation avec un thermode	20,00	25,40
00378	Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites. Stimulation avec un vibromètre mécanique	12,00	15,25
00386	Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	8,00	10,00
00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une analyse avant et après téτανisation ou exercice	45,00	58,00
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal	25,60	
00363	Réflexe H ou onde F - chacun	5,75	7,50

AVIS : *Inscrire le nombre de réflexes H ou ondes F.*

00366	Réflexes trigémino faciaux	24,00	31,00

00355	E.M.G. quantitatif avec analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	50,00	65,00
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de 14 ans ou moins, supplément	30,00	

Électrolyse

	Supervision d'un traitement d'électrolyse		
00352	par quart d'heure	16,90	16,90
	maximum par séance	67,60	67,60

AVIS : Inscrire la durée de la supervision.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

---- Électrolyse des cils : (voir appareil visuel)

Épilation au laser

Supervision d'un traitement d'épilation au laser, à la face ou au cou, pour les cas d'hirsutisme secondaire à un trouble endocrinien documenté, ou d'hypertrichose secondaire à une tumeur cutanée sous-jacente, ou à une greffe cutanée ou d'organes solides

20202	face, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	75,00	150,00
20203	cou, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	37,50	75,00
20204	Supervision d'un traitement d'épilation au laser pour les cas d'hypertrichose, secondaire à un sinus pilonidal, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	25,00	50,00

NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes 20202, 20203 et 20204.

Épistaxis

	tamponnement nasal			
20539	antérieur et postérieur	49,80	49,80	5
20540	tube gonflable	74,95	74,95	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés	106,70		6

Épreuves de fonction respiratoire

(voir tarif de la médecine de laboratoire)

Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)

00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale	61,00	
00806	épreuve à l'angiotensine	10,00	12,00

00842	épreuve à la bromocryptine	10,25		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	20,00		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	21,00		
00660	épreuve à l'histamine	9,75	11,50	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,15	1,15	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	35,30	35,30	
00687	épreuve de Kveim (sarcoïdose) sans biopsie	1,80	2,20	
00688	avec biopsie	11,90	14,50	
00810	épreuve de Pak	11,00	13,00	
00415	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	117,00		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	35,20		
09325	épreuve à la clonidine	36,00		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone	10,25	10,25	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	12,30	12,30	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	23,20	23,20	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	22,10	22,10	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	185,00		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,00	17,00	
00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	17,60	20,70	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection)	31,50	31,50	
20214	épreuve à la prostigmine pour éliminer myasthénie (incluant l'injection)	90,00	90,00	4
20205	épreuve diagnostique de contact à la glace dans l'évaluation de la myasthénie	20,00	20,00	
00761	épreuve de tolérance au glucose (toutes doses) par voie orale ou intraveineuse (inclut la(les) mesure(s) de glucose prévue(s) au protocole)	10,00		
20131	épreuve de tolérance au lactose par voie orale	10,00		
	NOTE : Les codes 00761 et 20131 incluent l'élaboration et la mise à jour du protocole du centre de prélèvements, le support médical et l'interprétation/validation.			
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	302,60		
00348	test respiratoire à hydrogène	16,85		
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	15,50		
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance	108,00		

20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation	42,75

00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée dans le cadre d'un programme de soins d'une clinique de la douleur.	35,70

NOTE : Tout autre traitement administré par le même médecin est compris dans l'honoraire de la visite.

NOTE : Maximum une fois par 180 jours, pour le même patient, par le même médecin ou un autre médecin spécialiste de la clinique.

NOTE : Le code 00272 est réservé aux centres hospitaliers de soins ultraspécialisés désignés par les parties négociantes.

NOTE : Voir Lettre d'entente n° 7

Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées

00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	250,00		
		250,00		4
20132	initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique	40,00	40,00	
	NOTE : Le code 20132 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile.			

Examens vestibulaires

20133	Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike	20,00	20,00	
20134	manoeuvre thérapeutique de repositionnement vestibulaire (toutes techniques), supplément	25,00	25,00	

Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport

00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	11,95	21,55	
00739	épreuves positionnelles	12,15	22,35	
00740	épreuves de la poursuite	11,40	21,00	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	12,15	22,35	
00741	épreuves cervicales	12,15	22,35	
00743	épreuves optocinétiques	12,15	22,35	

00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie) avec utilisation d'une chaise rotatoire	12,15	22,35	
Extraction				
00407	Extraction de bague, acte compliqué	40,00	40,00	4
00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28)	70,00	84,00	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales	33,20	33,20	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	55,35	55,35	4

Gastro-entérologie

Malgré la Règle 8 du Préambule général , si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Endoscopie haute et basse effectuée à la même séance.

Endoscopie gastro-entérologique :

Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :				
00691	Diagnostique (PG-23) (PG-28)	75,65	75,65	4
20135	Diagnostique réalisée à la salle d'urgence, à l'unité des soins intensifs, à l'unité coronarienne, à l'unité de néonatalogie, à l'unité de traumatologie ou à l'unité des grands brûlés	95,00		5
20087	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,05	7,05	
20136	résection de la muqueuse par anse diathermique et succion à l'aide d'un capuchon transparent ou ligature élastique, supplément	125,00		2
20137	ablation de la muqueuse de Barrett à l'aide d'une sonde spécialisée et d'un générateur de radiofréquence, supplément	225,00		2
00874	avec dilatation de sténose par ballonnet ou bougirage ou extraction de corps étrangers ou exérèse d'un ou plusieurs polypes avec serre-noeud ou fulguration de la muqueuse ou injections de substances sclérosantes ou Botox ou Histoacryl ou ligature varicielle endoscopique ou coagulation ou « clip » de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	70,60	70,60	1
00562	dilatation d'une ou plusieurs sténoses, par ballonnet ou bougirage, effectuée sous fluoroscopie, supplément (PG-28)	94,50	94,50	2
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23)	16,85	16,85	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une ou plusieurs, supplément	111,85	111,85	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément (PG-28)	80,70		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	55,85		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	16,85		

00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	58,15		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant	68,55		
20138	Étude de déglutition sous vidéoendoscopie à laquelle participe un orthophoniste, un ergothérapeute ou un diététiste	125,00		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	146,15		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	106,25		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 00874.			
09374	Cholédochoscopie trans fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	127,60		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastrosopie	171,45	171,45	6
20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	17,30	17,30	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	82,55		
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique (PG-28 pour chirurgien général seulement)	262,25		5
20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	28,10		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses ou lithotripsie d'un ou plusieurs calculs biliaires à l'aide d'un appareil à lithotripsie mécanique endoscopique, supplément	90,75		1
	NOTE : Le code 00364 est facturable avec les codes 09374, 00692 et 09337.			
20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	9,30		
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	168,90	168,90	4
20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	21,45	21,45	
20030	si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément	26,65	26,65	
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	99,00	99,00	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	64,05	64,05	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles	168,90	168,90	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	40,85	40,85	4
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court			5

		39,25	39,25	
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	55,85	55,85	
	chaque polype additionnel	14,30	14,30	
	maximum dix (10) polypes excisés			

AVIS : Inscrire le nombre de polypes.

20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	6,95	6,95	
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	264,00	264,00	4
	NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit, transverse, descendant, rectosigmoïde).			

Toutefois, dans les cas où la chromoendoscopie est utilisée pour l'étude complète du colon, le nombre de biopsies peut être moindre.

00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	16,85	16,85	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	55,85	55,85	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	111,85	111,85	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	40,85	40,85	4
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	16,10	16,10	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28)	24,45	24,45	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	57,30	57,30	4
	chaque polype additionnel	9,70	9,70	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	125,20	125,20	

AVIS : Inscrire le nombre de polypes.

20036	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anuscopie, par séance	77,70	77,70	5
20037	si rectosigmoïdoscopie, supplément	15,80	15,80	

Oesophage

20093	lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne	27,50		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures	75,65	75,65	

00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	40,35		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	117,15		
00571	pH oesophagien pour reflux	22,40	22,40	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,30	20,30	
00563	cardiomyorrhexie	95,05	95,05	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	23,30	23,30	4
00574	supervision par jour	10,80	10,80	
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	87,35		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	100,00		
00866	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans-jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	73,90		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	101,70		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	110,25		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	78,75		
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	27,30		
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation	65,55		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	70,40		
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt			

450,00

09375 Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat) 75,65

20139 Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan)
Maximum 1 fois par patient, par année civile 30,00

Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)

20043 lecture et interprétation 159,75 159,75

NOTE : L'acte codé 20043 est facturable une fois par année, par patient.

Entéroscopie par simple ou double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale

20044 entre 50 cm et 100 cm 195,15 6

20045 plus de 100 cm 278,85 6

20046 biopsie unique ou multiple, supplément 16,70

20047 exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément 44,55

chaque polype additionnel 11,15

maximum dix (10) polypes excisés

AVIS : Inscrire le nombre de polypes.

20048 avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément 39,10

Hémofiltration

Hémofiltration veino-veineuse continue

20140 3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour 300,00

9382 3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour 210,00

20141 après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour 150,00

9383 après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour 110,20

Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation

09426 1^{er} jour 173,60

09427 2^e jour 86,85

09428 3^e jour 82,65

09429 par jour subséquent 43,45

AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.

00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	179,50		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,90		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	55,00	55,00	4
Injections				
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,10	16,90	
20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	3,50	4,20	
20142	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	20,00	27,60	
20143	injection(s) intralésionnelle(s) unique ou multiples de corticostéroïdes ou d'agents de chimiothérapie ou injections intramusculaires de corticostéroïdes ou de pénicilline pour maladies dermatologiques ou administration de vaccins	5,00	5,00	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	27,70		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28)	38,75		
	NOTE : Maximum 1 séance par 4 mois, par patient. Ce maximum est applicable pour les codes 20049 et 20050.			
20206	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales et de points gâchettes excluant la céphalée	25,00	25,00	
20144	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose palmo-plantaire, par paume ou par plante Maximum 4 séances par patient, par année civile	50,00	50,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.5 du préambule général.			
20145	injections multiples bilatérales de toxine botulinique pour les personnes souffrant de migraines chroniques (plus de 15 jours, par mois) après échec à au moins 2 agents antimigraineux préventifs, minimum 18 injections, par séance	75,00	75,00	
20146	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme	120,00	120,00	4
20147	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la spasticité d'origine neurologique excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme	120,00	120,00	4
20148	injections intramusculaires multiples de toxine botulinique pour myospasme des muscles masticatoires sous guidance électromyographique	150,00	150,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (PG-28)	75,00	75,00	

00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	126,00	126,00	5
00431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	11,55	13,75	
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre d'injections.				
20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	2,75	3,30	
20149	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	20,00	27,60	
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	18,50	19,40	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	30,25		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique	30,00	30,00	
	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00816	cavernographie	9,75	11,50	
00466	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	36,00		
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé			
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,10		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	22,80		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	114,45	114,45	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	36,75	42,75	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	104,75	104,75	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	54,60	54,60	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	9,10	10,95	
	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire			
00201	médication intra-articulaire incluant la substance	25,55	25,55	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
00734	Supervision de l'administration de chimiothérapie	21,10	21,10	
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00470	la première injection	33,10	33,10	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,75	15,75	

AVIS : Inscrire le nombre d'injections.

	Injection intrapleurale (chimiothérapie)		
00475	la première injection	50,00	50,00
00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00

AVIS : *Inscrire le nombre d'injections.*

00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée)	15,00	15,00	4

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Injection de phénol ou d'alcool.**

00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	40,55		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques)	157,50		5
20176	I Initiation ou vérification du traitement par médication injectable (agents biologiques, anti- diabétiques autres que l'insuline, agents rémitifs injectables dans les cas de maladies inflammatoires intestinales et articulaires, agents de protection osseuse et autres immunomodulateurs), excluant l'insulinothérapie, la chimiothérapie ainsi que l'anticoagulothérapie (héparine à faible poids moléculaire) ainsi que l'antibiothérapie, pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement. Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile (pour spécialiste en médecine interne seulement)	40,00	40,00	

Insufflation gazeuse

00497	pneumomédiastin	16,30	16,30	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	9,75	9,75	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	25,20	25,20	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce	16,80	16,80	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation traitement de pneumothorax	11,60	11,60	
00615	ponction évacuatrice (PG-28)	27,60	27,60	
00616	aiguille et drainage continu (PG-28)	48,50	48,50	

Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx

avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale

00519	directe (PG-23) (PG-28)	71,50		4
00511	à suspension (PG-23)	103,70		5
00512	au microscope (PG-23)	139,05		5
00471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller	87,30	92,80	

Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23) (PG-28)	184,70		7
20207	si patient de moins de 16 ans, supplément			5
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	165,40		1
20594	avec canulation de fistule trachéo-oesophagienne, supplément (PG-23)	160,85		1
20150	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	50,00		1
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	153,20		5
20151	avec thermoplastie bronchique, supplément	100,00		1
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	168,25		4
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	160,85		1
00881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	153,20		1
20016	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	153,20		3
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	100,00		1

Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie

00547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	34,90		

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de la procédure.*

00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28)	119,35		4
NOTE : Le code 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.				
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	33,20	33,20	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	145,95		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	10,25	12,00	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	19,85	19,85	
00523	Manipulations vertébrales	16,05	18,75	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie	12,60	14,60	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	121,30	121,30	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	45,90	55,00	

NEUROCHIRURGIE

Drainage				
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	147,00		5
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	286,00		7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	341,05		12
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	225,10		7
Ponction sous-durale				
00664	unilatérale	45,05		
00665	bilatérale	63,80		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	27,15	27,15	6
00668	Trépanation simple	103,00		8

NEUROLOGIE

20152	Étude de la réponse à la lévodopa, incluant au moins 2 examens UPDRS III (dont 1 en phase OFF et un en phase ON) chez un patient atteint de parkinsonisme NOTE : Le code 20152 peut être facturé une fois par jour, par patient, pour un maximum de 3 fois par patient, par année civile.	30,00	30,00	
20537	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans la maladie de Parkinson, la dystonie ou tremblement essentiel après implantation d'une électrode cérébrale profonde	308,65		
20208	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément	154,35		
20538	Ajustement subséquent du stimulateur intracérébral avec évaluation de la réponse clinique	150,00		
20209	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément NOTE : Les codes 20537 et 20538 ne peuvent être facturés le même jour, pour le même patient.	75,00		
20153	Vérification des variables du stimulateur Maximum 2 fois par patient, par année civile	25,00		

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 4.

09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	100,00	100,00	
20215	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1 000 cc et plus, incluant la visite à la même séance	200,00	200,00	

00109	Amnioscopie	24,80	24,80	

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie non reliée à l'acte opératoire.**

00171	clitoris	36,00	36,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
00177	endomètre	32,25	34,90	4
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
00188	grande lèvre	15,80	18,80	4
00245	vagin ou vulve	22,50	27,00	4

Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09467	ovaire	157,50		4

00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	150,00		4

00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	150,00		5

09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	66,15	66,15	4

20154	Exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	25,00	25,00	4

20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire	50,00	50,00	4

NOTE : Maximum 6 par année, par patient

00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	200,00		4

20052	Foetoscopie pour cautérisation au laser des anastomoses vasculaires dans les syndromes transfuseurs transfusés incluant la visite, l'échoguidance et l'amnioréduction	900,00		8

00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique	253,15		

Soins médicaux prodigués par un obstétricien-gynécologue dans un centre hospitalier de soins tertiaires, dans une unité mère-enfant, à la suite d'une chirurgie ex utéro intrapartum, par jour, par patiente :

Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents

20053	1 ^{er} jour (journée de la chirurgie ex utéro intrapartum)	300,00
20054	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	225,00
20055	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	100,00
20056	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	75,00

OPHTALMOLOGIE

NOTE : Selon la Règle 8.3 du Préambule général, les procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples effectués au cours d'une même séance sont rémunérés à 75 %, sauf le code 20059 toujours payable à plein tarif.

Oeil

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

00174	conjonctive, par oeil	61,80	61,80	4
00206	orbite, par oeil	77,00	77,00	4
00214	paupière ou sourcil, par oeil	20,50	24,80	4

AVIS : Pour les codes de facturation de la section Champ visuel, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche**, sauf pour les codes de facturation **00623, 00624, 00727 et 00728**.

Champ visuel

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)

- Tangent et Goldman

00513	interprétation seulement	12,35	12,35
00514	technique et interprétation	12,35	22,45

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques

- Tangent et Goldman

- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64

- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »

- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level
un oeil

00612	interprétation seulement	14,85	14,85
00613	technique et interprétation	14,85	24,95
	deux yeux		
00623	interprétation seulement	24,70	24,70

00624	technique et interprétation statique, stratégie du seuil complet de tous les points (minimum 50 points) - Octopus G-1, 38, 42, M1 - Humphrey « full threshold » 10-1, 10-2, 24-1, 24-2, 30-1, 30-2, Topcon : « threshold test » un oeil	24,70	39,30
00649	interprétation seulement	14,85	14,85
00650	technique et interprétation deux yeux	14,85	28,35
00727	interprétation seulement	24,70	24,70
00728	technique et interprétation <i>NOTE</i> : Lors d'une même séance, un seul type de champ visuel (périphérique, central ou statique) peut être facturé à chaque oeil. <i>NOTE</i> : Le médecin ne peut pas facturer pour l'interprétation d'un champ visuel déjà interprété par un autre médecin ou par un optométriste.	24,70	44,90
00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	56,40	56,40
00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	35,00	38,75
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	35,95	35,95
00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	56,15	56,15
00541	Examen complémentaire d'un patient avec déficience visuelle Maximum 1 examen par 12 mois <i>NOTE</i> : Cet examen s'applique si la vision corrigée au moyen de lentilles conventionnelles est égale ou inférieure à 6/12 dans le meilleur oeil et qu'il y a incapacité significative et persistante sur le plan visuel. Cet examen doit comprendre un questionnaire détaillé pertinent, l'examen incluant l'enregistrement de l'acuité visuelle à l'aide de systèmes optiques spéciaux ou d'appareils remplissant les mêmes fins, les recommandations et la prescription du traitement sous forme d'aides visuelles, si appropriée.	101,15	101,15
00543	Gonioscopie <i>NOTE</i> : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.	9,90	12,40
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.) <i>NOTE</i> : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.	9,90	12,40
00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	16,95	20,30
00579	Bilan orthoptique :		

enregistrement des mesures des déviations du regard, dans un minimum de trois positions (chez les patients de 6 ans et plus), exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme	40,00	48,00

NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions, PPC et la mesure des déviations dans moins de trois positions est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 17 Ophtalmologie sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

Biométrie optique

20057	1 oeil	14,85	28,35
20058	2 yeux	24,70	44,90

00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	22,25	27,20

00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	20,20	24,70

Imagerie ophtalmique

00553	Rétinophotographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d'en assurer le suivi dans le temps	13,55	16,95

NOTE : Le code 00553 ne s'applique pas pour les photos de dépistage ou de télédépistage.

20216	Interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique dans le cadre du Protocole d'accord relatif au programme de dépistage de la rétinopathie diabétique Maximum 1 par patient par 12 mois	10,00	10,00

NOTE : Le code 20216 est réservé à des médecins et à un programme de dépistage reconnus par les parties négociantes.

Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale

20099	Maladies rétinienne excluant les cas prévus par la Lettre d'entente n° 183 Maximum de 6 examens, par année civile	15,00	

20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	

20101	Segment antérieur Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	

NOTE : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite.

NOTE : Le code 20099 et les codes 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 sont mutuellement exclusifs.

20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	

20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	

00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-	169,25	451,30

rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant.

NOTE : Le code 00643 est payable aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1^{er} octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.

Microscopie spéculaire

00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	9,90	12,40	
20059	Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture	101,15	101,15	

AVIS : Voir la règle 8.3 du préambule général.

00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre)	112,40	112,40	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes)	7,85	12,35	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	62,05	62,05	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	33,70	33,70	
00860	Examen oculaire (funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées) sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour	248,20		6
20155	Examen oculaire sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour, fait par un ophtalmologiste collaborateur à la demande du chirurgien traitant	165,00		6
NOTE : Les codes 00860 et 20155 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour, par le même médecin.				
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	42,15	47,15	5
NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.				
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	33,85	33,85	4
NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.				

AVIS : Pour les codes de facturation **00744** et **00486**, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

20217	Injection sous conjonctivale unilatérale d'agent antifibrinolytique	51,00	51,00	5

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même oeil.

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 00486 au même œil.

09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, pour pathologie ophtalmologique avec trouble fonctionnel documenté, une ou plusieurs	61,80	74,15	4

00436	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) dacryocystographie, unilatérale	28,10	28,10	4

Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)

00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	39,35	39,35

Oxygénation extracorporelle

Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le médecin spécialiste qui prend charge du patient.

00803	1 ^{er} temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	439,30

00897	2 ^e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	502,00

00898	3 ^e temps Maintien du support extracorporel, par quart d'heure (intervenant médical)	32,95

AVIS : Incrire la durée du maintien.

00899	4 ^e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	439,30

20177 Hypothermie

Emploi d'hypothermie modérée thérapeutique (< 35°C) post arrêt cardiorespiratoire	300,00

NOTE : Le code 20177 est facturable une fois par patient, par jour, par centre hospitalier.

Pléthysmographie

Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :

étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs

09385	interprétation	33,10

09386	technique et interprétation	31,50

Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :

09387	interprétation	10,50

09388	technique et interprétation	33,10

Photopléthysmographie :

Étude des flots avec enregistrement graphique :

flots supra-orbitaires :

09389	interprétation	10,00
09390	technique et interprétation	21,75
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts :	
09391	interprétation	10,50
09392	technique et interprétation	21,75
	mesure du reflux veineux bilatéral :	
09393	interprétation	11,05
09394	technique et interprétation	28,65

Pneumopléthysmographie segmentaire :

Enregistrement du volume du pouls à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :

09395	interprétation	10,50
09396	technique et interprétation	33,10
	à l'effort :	
20218	interprétation	10,50
09397	technique et interprétation	33,10

Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :

mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre

09398	interprétation	10,50
09399	technique et interprétation	54,60

Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :

00353	technique et interprétation	43,05

Pneumopléthysmographie pénienne

Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques

00137	interprétation	10,00
00138	technique et interprétation	53,85

Phoniatric

Les actes énumérés dans la présente section sont payables aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie

09341	Sonographie	16,75	28,00
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	85,40	90,20
NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance à l'exception du code 09343.			
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	32,95	40,80

AVIS : *Inscrire :*

- la durée de la rééducation;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub)	31,90	35,15

Photodynamie

20060	Supervision d'une thérapie photodynamique pour le traitement des kératoses actiniques multiples (10 lésions et plus) sur un même site, des carcinomes spinocellulaires et basocellulaires	62,90	89,80

AVIS : Voir la Règle d'application n° 22

Photothérapie

00820	Supervision d'un traitement de photothérapie	4,70	18,30
20061	Supervision d'un traitement de photochimiothérapie	11,60	25,20

AVIS : Voir la Règle d'application n° 22.

Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)

00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques (PG-28)	11,00	11,00	4
	Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :			
00583	première injection	31,50	31,50	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	25,50	25,50	

AVIS : Inscrive le nombre d'injections.

00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23) (PG-28)	38,85	38,85	
20156	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23)	50,00		
	NOTE : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.			
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse (PG-28)	14,10	14,10	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (PG-28)	54,00	72,70	4
20097	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	13,50	18,20	
09402	Recherche de cristaux (pour rhumatologue seulement)	50,00	69,00	
00592	ganglion, un ou plusieurs (PG-28)	16,30	18,40	

00594	kyste mammaire	17,15	20,40	
	lombaire			
00596	avec ou sans épreuve manométrique, (PG-23) (PG-28)	105,00	105,00	4
20595	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23) (PG-28)	50,00		
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	53,55	53,55	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	180,60	180,60	4
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	148,15		
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (PG-28)	35,00		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	25,75	25,75	4
09418	pleurale (PG-28)	65,00	65,00	4
20596	réservoir (dérivation ou Omay) pour retrait de liquide céphalo-rachidien	55,65		8
00604	saignée	9,95	11,95	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie			
00605	splénique (aspiration et manométrie)	59,25	59,25	4
00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) (PG-28)	15,75	15,75	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie			
00611	vessie (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	

Potentiels évoqués

Les potentiels évoqués auditifs sont payables aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

Les potentiels évoqués cortical ou dorsal sont payables aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.

Les potentiels évoqués visuels sont payables aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

	Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)			
00158	interprétation	11,60	11,60	
09423	interprétation et technique de procédé (PG-28)	46,90	54,30	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique (PG-23)			
00208	pour 2 membres	30,00	40,00	
00209	pour 4 membres	55,00	75,00	

	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical à partir de stimulation nerveuse périphérique :			
00210	des nerfs trijumeaux (PG-23)	32,00	42,60	
00216	des nerfs honteux (PG-23)	30,00	40,00	
00509	Potentiels évoqués visuels (PG-28)	28,00	33,00	
00145	Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (bilatéral)(PG-23) (PG-28)	45,15	61,25	6

NOTE : Les codes 00145, 00208, 00209, 00210, 00216 et 00509 exécutés lors d'une même séance ne sont pas sujets à la Règle 8.1 du Préambule général.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **PDT multiple** sous l'onglet **Potentiels évoqués** exécuté lors d'une même séance.

PSYCHIATRIE

20157	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans les cas de dépression majeure réfractaire, de trouble obsessionnel compulsif réfractaire et du syndrome de Tourette réfractaire après implantation d'une électrode cérébrale profonde	300,00		
20210	Programmation initiale du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	350,00		
20211	Programmation subséquente du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	125,00	125,00	

RADIOLOGIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section Radiologie sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES INCLUANT, LE CAS ÉCHÉANT, LE CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE, TOMODENSITOMÉTRIQUE OU PAR IRM SAUF LORSQUE SPÉCIFIÉ AU TARIF

Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne

NOTE : Angioplastie transluminale percutanée, d'une ou plusieurs sténose(s) et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

09494	par ballonnet (PG-28)	377,30		10
09495	par athérectomie (PG-28)	320,60		10
09496	par ballonnet et athérectomie (PG-28)	442,50		10
09432	Installation d'une endoprothèse artérielle suite à ou au cours d'une intervention d'angioplastie transluminale percutanée, supplément	110,70		
09433	Utilisation du laser intravasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément			

NOTE : L'angioplastie transluminale percutanée comprend l'évaluation préopératoire du malade quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du malade pendant l'intervention, les manoeuvres de dilatation ou recanalisation (incluant la ponction ou l'artériotomie, l'introduction et la manipulation des guides et des cathéters non sélectifs et/ou sélectifs), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. L'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)

	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)		
09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	392,00	15
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	196,00	
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	143,90	

Crânienne et spinale

09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	453,50	15
09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	226,80	
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	287,60	

L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique (technique et interprétation) de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.

Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.

On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.

Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs

Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du malade la mention de la technique mise en oeuvre.

Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.

09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	45,40	
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quel que soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance)	95,25	
09444		287,60	

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

AVIS : La règle 15 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique ne s'applique pas lorsqu'un des codes de facturation de cathétérisme veineux est demandé.

00764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	154,90	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00789	patient de moins de 16 ans	99,80	
00790	patient de 16 ans ou plus	77,50	
00765	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	99,50	
00769	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	221,20	6
00770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	26,30	
00768	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	138,30	
00766	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	127,30	
00772	Retrait d'un cathéter veineux tunnélisé avec ou sans réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	83,00	4
00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	63,10	4

Embolectomie

09446	Embolectomie ou thrombolyse endovasculaire, par cathéter transcutané	323,40	8

Extraction de corps étrangers

09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux)	287,60	8

Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux

09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme transcutané, incluant les visites	193,60	8
09355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel post-cathétérisme, toutes techniques incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour et les techniques de contrôle de fermeture et, le cas échéant, la réparation des vaisseaux, toutes techniques	165,90	4

Perfusion artérielle médicamenteuse

09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures	44,20	

AVIS : Indiquer l'heure de début du service.

NOTE : ce service ne peut être facturé le jour de la mise en place du cathéter

Dénervation rénale

20212	Thérapie comprenant l'accès artériel, l'aortographie avec ou sans angiographie(s) rénale(s) de guidance, l'insertion des cathéters thérapeutiques, l'application bilatérale de la thérapie et l'angiographie de contrôle post-procédure	400,00	8

INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES

20184	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure interventionnelle avec rapport au dossier	68,60	

NOTE : Le code 20184 ne peut être facturé pour des interventions mammaires ainsi que pour des interventions neuro-squelettiques, à l'exception des codes 09461, 09462, 09463, 00835, 20597 ou 20074. De plus, il est facturable avec le code 04030.

NOTE : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.

NOTE : Le code 20184 ne peut être facturé avec les codes 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.

Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo- squelettiques) avec appareil dédié

09497	temps radiologique	442,50	8
09498	temps chirurgical	562,40	8
09499	temps radiologique et chirurgical	600,00	8

Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche

09408	temps radiologique	442,50		8
09431	temps chirurgical	536,85		8
09359	temps radiologique et chirurgical	630,00		8
20062	Chimioablation de tumeurs	157,50		8
	NOTE : Le code 20062 ne peut être facturé avec les codes 09359, 09408 ou 09431 à la même séance.			

Interventions hépato-biliaires

00435	Cholangiographie transhépatique/transvésiculaire percutanée (PG-28)	105,00	105,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.			

Drainage percutané de voies biliaires

09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	259,70		4
09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, le cas échéant	392,00		4
09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la documentation radiographique de contrôle, supplément	110,70		
09452	mise en place d'un support endobiliaire (endoprothèse biliaire)	177,00		
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	88,50		
09454	Remplacement de cathéter	52,50		4
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	127,30		5
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction ainsi que la surveillance	230,00		4

Interventions digestives

09456	Gastrostomie percutanée	157,50		6
09457	Entérostomie (caecostomie) ou gastro-jéjunostomie percutanée	183,80		4
20063	Mise en place d'une prothèse oesophagienne, gastrique ou duodénale avec ou sans dilatation par cathéter ballonnet au préalable, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance	317,70		6
20064		317,70		6

Dilatation colique par cathéter ballonnet avec ou sans installation d'endoprothèse colique, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance

Interventions mammaires

AVIS : Pour les actes de la section Interventions mammaires, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

NOTE : Maximum de 3 ponctions ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par sein, par patient, par jour.

NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie, le tarif de l'IRM mammaire et le tarif de la mammographie s'ajoutent.

Ponction de kyste mammaire avec aspiration incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction

NOTE : Les codes 00848, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.**

00847	un site	17,70	27,60	4
20219	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	15,95	24,85	

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

	site contra-latéral			
20220	un site	14,35	22,35	
20221	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	12,90	20,10	

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les codes 00847, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.**

00848	un site	44,20	77,50	4
20222	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	39,80	69,75	4

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

	site contra-latéral			4
20065	un site	35,80	62,80	

20223	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	32,20	56,50

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

Biopsie au trocart ("core biopsy") d'une masse palpable ou non palpable de la région mammaire (sein ou aisselle) avec prélèvement de carottes incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les codes 00847, 00848 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.**

00849	un site	121,70	165,90	4
00850	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	104,00	141,80	

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels.*

20066	site contra-latéral un site	93,50	127,60
20067	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	84,00	115,00

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément Mise en place d'une broche-guide (harpon) avec appareil dédié (plaque de compression ou stéréotaxie) incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.	27,60	55,30

00852	première broche, par sein	115,30	216,60	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour	55,30	138,30	

AVIS : *Inscrire le nombre de broches additionnelles.*

Biopsie mammaire unilatérale avec appareil de macrobiopsie assistée par aspiration (mammothome) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les codes 00847, 00848 et 00849 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.**

20068	un site	157,50	157,50
20069	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	141,80	141,80

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

	site contra-latéral			
20070	un site	141,80	141,80	
20071	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	127,60	127,60	

AVIS : Incrire le nombre de sites additionnels du même côté.

20029	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	27,60	55,30	
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	66,40		4

NOTE : Maximum 1 par patient, par jour

Interventions urologiques ou endo-urologiques

09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant	210,00		5
00416	Dilatation urétérale par néphrostomie incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et les visites	221,20		
20072	Changement de cathéter de néphrostomie	105,00		
00854	Mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage	105,00		

Interventions neuro-squelettiques

Blocs facettaires

(voir : Blocages nerveux, page C-9)

Discographie :

00438	1 niveau	126,95	126,95	4
00459	2 niveaux ou plus	122,00	138,00	4
20073	Provocation discale avec prise de pression au manomètre, par niveau, supplément	55,10	77,20	

AVIS : Incrire le nombre de niveaux.

09460	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément			
	1 niveau	33,20		
	par niveau additionnel	21,00		

AVIS : Incrire le nombre de niveaux.

00894	Myélographie	49,80	49,80	5
	Discoïdectomie percutanée			
09461	premier niveau	250,00		7
09462	2 niveaux ou plus	315,00		7

09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux)	116,25		
	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites			
00835	premier niveau	331,90		7
20597	niveau additionnel, par niveau	174,25		
	NOTE : Maximum deux niveaux additionnels			

AVIS : Incrire le nombre de niveaux additionnels.

20074	Cyphoplastie incluant, le cas échéant, la ponction transpédiculaire, le curetage de l'os spongieux, le positionnement et le gonflement des ballonnets, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites	420,00		12

**BIOPSIE/CYTOLOGIE À L'AIGUILLE,
PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE,
FLUOROSCOPIQUE
OU SCANOGRAPHIQUE**

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09464	thoracique	157,50		4
09465	abdominale	157,50		5
09466	hépatique	157,50		4
00229	rate	157,50		4
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	157,50		6
09468	estomac	165,40		4
09469	intestin	150,00		4
	osseuse :			
00212	os	157,50		5
00247	vertèbre	157,50	157,50	4

**INFILTRATION OU PONCTION
OU DRAINAGE (KYTE, ABCÈS OU AUTRE COLLECTION
LIQUIDIENNE OU AÉRIQUE OU DÉPÔTS) PAR VOIE
TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE,
FLUOROSCOPIQUE OU SCANOGRAPHIQUE**

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant	78,80	116,10	4

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.

maladie de Dupuytren

20224	injection palmaire de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	204,95	204,95	6
20225	injection digitale de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	253,35	253,35	6
	kyste ou abcès profond :			
00124	membre	63,00	84,00	4
00324	colonne ou paravertébral	110,70		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	55,30	77,50	4
00299	kyste rénal	66,20	66,20	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale	105,00	125,00	4
20598	injection unique ou multiple dans une même articulation excluant coxo-fémorale et sacro-iliaque, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction excluant les articulations coxo-fémorale, sacro-iliaque et facettaire	63,00	83,00	4

Mise en place d'un cathéter percutané

	insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse			
09472	thoracique, médiastinal ou abdominal	157,50		5
20075	pour drainage d'ascite	55,30	73,50	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	105,00		

Implantation de marqueur(s)

00491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage et/ou du traitement d'un organe ou d'une tumeur	36,75	106,75	4

INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE

Cavernosographie :

09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débimétrique avec ou sans injection de papavérine intracaverneuse)	90,00		
00484	Néphrostographie, examen de vessie iléale <i>NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.</i>	17,10	17,10	5
09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors	5,60	6,60	

	d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du côlon			
00442	Galactographie	23,20	23,20	
20076	Gorgée barytée modifiée examen effectué en présence du physiatre ou du radiologiste et d'un ou des membres du personnel de réadaptation. Il s'agit d'une analyse exhaustive de la déglutition avec un minimum de deux consistances barytées (liquide, pâte, solide)	73,50		
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,80	16,80	
00462	Lymphographie incluant la dissection	37,90	37,90	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	95,95		
00155	Opacification des sinus paranasaux	6,75	6,75	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	87,00		
00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	15,90	15,90	
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

RADIO-ONCOLOGIE

L'Article 8.1 du Préambule général

ne s'applique pas à la radio-oncologie, à la radiothérapie palliative et à la curiethérapie.

AVIS : Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement.

Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement avec un médecin d'une autre discipline	50,00		4
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures	30,00		
08511	Évaluation et ajustement de la configuration des champs de radiation et de la collimation	93,10		
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie	219,85		
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	30,00		
20158	Planification du traitement par radiations avec imagerie multimodalité	140,00		
	NOTE : Le code 20158 ne peut être facturé avec le code 08565 à la même séance.			
20159	Planification d'un site de réirradiation comportant un risque de chevauchement de champ d'irradiation utilisé dans le passé	70,00		
	NOTE : Le code 20159 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par trimestre.			

20160	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie en 4D incluant la synchronisation respiratoire, le cas échéant NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 20158, si effectué quinze jours avant ou après. NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 08565, le même jour.	200,00	
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité	51,55	
08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse NOTE : Le code 08504 et le code 08564 sont mutuellement exclusifs.	365,20	
08565	Fusion d'images	77,40	
08554	Irradiation stéréotaxique, incluant la planification et les séances de traitement, par site tumoral Maximum 1 fois par patient, par site anatomique, par mois Maximum 6 fois par patient à vie pour tous sites anatomiques NOTE : Le code 08554 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08520 et 08553 à la même séance.	397,00	
08555	Irradiation héli-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	132,80	
08513	Traitement par isotopes métabolisés	32,90	4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	31,00	4
08515	Application de radio-isotope par plaque	26,00	5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	26,60	
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques Maximum une fois par semaine, du lundi au dimanche, par patient, par site anatomique	17,75	
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)	90,90	
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	53,00	4
RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE			
08512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radio-oncologie, par site anatomique	429,90	
20161	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément NOTE : Le code 08512 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08519, 08520 et 08553, si effectué quinze jours avant ou après.	30,00	

CURIETHERAPIE

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	42,50	
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie	59,40	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
08524	bronches (PG-28)	80,00	6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	95,00	5
08528	corps utérin (PG-28)	80,00	5
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	80,00	6
08544	voies biliaires (PG-28)	80,00	4
08556	oesophage (PG-28)	80,00	5
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	57,00	5
08558	nasopharynx (PG-28)	80,00	5
08559	rectum (PG-28)	80,00	5
08560	anus (PG-28)	80,00	5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
08523	anus (PG-28)	172,00	5
08525	cavité buccale excluant la langue (PG-28)	172,00	7
08526	cerveau (PG-28)	172,00	6
08529	ganglions (PG-28)	254,00	5
08530	hypopharynx (PG-28)	254,00	6
08531	langue, portion mobile (PG-28)	172,00	6
08532	lèvres (PG-28)	133,00	5
08533	médiastin (PG-28)	239,00	6
08534	oropharynx, incluant la base de la langue (PG-28)	254,00	6
08535	peau (PG-28)	92,00	5
08536	pénis (PG-28)	162,00	4
08537	rectum (PG-28)	254,00	5
08538	sein (PG-28)	92,00	6
08539	tissus conjonctifs après résection (PG-28)	172,00	4
08540	tissus conjonctifs sans résection (PG-28)	331,00	5
08542	vagin (paroi vaginale) (PG-28)	172,00	4
08543	vessie (PG-28)	172,00	4
08561	prostate (PG-28)	254,00	5
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
08562	implant interstitiel	64,70	4
08563	implant endocavitaire ou plésiocuriethérapie	45,60	4
	Insertion de substance radioactive :		
08545	temporaire	50,90	4
08546	permanente	178,40	4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	36,60	
08548	Retrait du matériel radioactif (PG-28)	40,30	
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	82,80	6
08550	Retrait du matériel d'implantation (PG-28)	50,90	
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant		

RHINOSINUSOLOGIE

20081	Évaluation par un test standardisé de l'olfaction (épreuve portant sur 40 testeurs révélés par grattage et connue comme étant le test d'identification olfactive de Pittsburgh)	33,95	79,20	
00733	Rhinomanométrie par pléthysmographie corporelle	22,60		4
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale	92,95		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	30,25	40,45	4
20082	si biopsie unique ou multiple, supplément	27,20	27,20	1
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives.			
20162	Microchirurgie laryngée endoscopique au laser, toutes techniques, incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance	250,00		6
Sinus :				
00640	frontal, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	37,70	39,70	4
00641	maxillaire, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	32,15	33,65	4
<u>AVIS :</u> Pour les codes de facturation 00640 et 00641, utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.				
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	32,45	40,45	5
	NOTE : La méatoscopie per-opératoire ne peut être facturée qu'avec les codes chirurgicaux 03301, 03804 et 03806.			
Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie				
00657	unilatéral	57,45		
00658	bilatéral	74,95		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique	80,85	80,85	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie (PG-28)	245,90		4
00277	pleurodèse, supplément (PG-28)	66,15		
20163	Installation d'un drain thoracique de type PleurX	198,30		4
20164	Retrait d'un drain thoracique de type PleurX	30,00		
	Traitement d'empyème			
00278	drainage par costectomie	168,95		5

00279	par fermeture de fenêtre thoracique	157,05	4
	Thrombolyse intraveineuse lors d'un AVC		
20083	mise en marche et surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique, incluant tous les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance, mais excluant la première visite	400,00	
	NOTE : Le code 20083 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		
20182	ensemble de soins médicaux nécessaires dans les 6 premières heures après la thrombolyse, excluant la mise en marche et la surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique	200,00	
	NOTE : L'ensemble de soins médicaux inclut les visites, la surveillance et les procédés diagnostiques et thérapeutiques;		
	Le code 16070 peut être facturé en sus;		
	Le code 20182 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		
20183	téléthrombolyse : assistance médicale par contact vidéo, avec le patient et le médecin au chevet, pour la prise de décision de procéder à la thrombolyse, ainsi que la disponibilité durant l'administration de la médication thrombolytique.	300,00	
	NOTE : Le code 20183 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>		
	MÉDECINE HYPERBARE		
	NOTE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou en pneumologie désignés par les parties négociantes et rencontrant l'un ou l'autre des critères suivants : -Avoir complété une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare;		
	ou		
	-Exercer la médecine hyperbare depuis au moins trois ans et présenter un portfolio démontrant l'acquisition de compétences pertinentes durant la pratique;		
	ou		
	-Présenter un portfolio démontrant l'acquisition de connaissances et la réalisation de modules cliniques et de projets rattachés aux volets pertinents de la médecine hyperbare.		
	Pour être désigné, un médecin doit de plus détenir des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.		
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)		
	(le patient et le médecin sont dans la chambre)		
00837	première heure	276,20	12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément	79,40	

00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	52,05

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle du traitement.*

09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	11,35

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle du traitement.*

surveillance :

(le patient est dans la chambre et le médecin est sur place ou à proximité immédiate de la chambre)

00839	première heure	159,90	12

09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	46,65

00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	26,65

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*

09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	6,60

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*

Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec, des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare

00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	107,00

00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	160,00

Traitements de physiothérapie
(Réadaptation physique)
donnés en cabinet

Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure n° 1, Médecins Spécialistes, Annexe 11).

AVIS : *La tarification est de 16,30 \$ par traitement de physiothérapie.
La prestation de ces actes exécutés lors d'une même séance n'est pas sujette à la règle 8.1 du préambule général.*

Maximum de trois traitements par séance.

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)	
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)	
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)	
00674	exercices de rééducation, respiration	
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)	
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)	
00677	ultrasons	
00678	ultraviolet	

Transfusion

00647	Exsanguino-transfusion (chacune)	156,90

Transplantation d'organes

00414	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour	828,25
20178	Si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale, supplément	300,00
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)	330,70
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques	388,10
00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe	107,25

AVIS : Les codes de facturation **00414, 00694, 00696, 00698 et 20178** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :

Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents

09377	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	335,45
09378	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	251,65
09379	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	111,85
09380	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	83,90
09381	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (honoraire global)	2 300,60

Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopéra- toire :

09489	rénale	482,55
09490	hépatique	482,55
09491	pancréatique	530,05
00767	pulmonaire ou cardio-pulmonaire	530,05

NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des codes 00771, 00773, 00774, 00775, 00776, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 20165, 20166, 20167, 20168, 20169, 20170, 20171, 20172 et 20173.

00763	Soins médicaux prodigués par un cardiologue incluant la thérapie immunosuppressive en préparation d'une transplantation cardiaque imminente Maximum 1 par patient, par épisode de soins	578,70

Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient :

Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive

20213	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 185,40
09350	2 ^e au 15 ^e jour (par jour)	328,95

Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :

Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de moins de 18 ans

20165	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	2 250,00
20166	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	450,00
20167	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	300,00
20168	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	225,00
20169	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	187,50
20170	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	6 675,00
20171	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	2 812,50

Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de 18 ans et plus

00771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 653,40
00773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	330,70
00774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	220,45
00775		165,35

	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	
20172	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	125,00
00776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	4 905,05
20173	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	1 875,00

Urologie

NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I » (PG-28)	200,00		4
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I »	74,60	74,60	5
00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne (PG-28)	60,90	60,90	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale « I »	68,05		4

A) Endoscopies et manipulations urétro-vésicales

NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.

00325	Supervision du traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle incluant l'injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, le cas échéant, par jour	32,40	32,40	5
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I » (PG-28)	60,00	60,00	5
00320	Urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux)	50,90	50,90	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale « I »	78,35		4
00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre, toute technique	17,30	17,30	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)			5

B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales

NOTE : Un seul code de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.

00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	30,00	30,00	5
	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :			
00319	pour fins diagnostiques	81,00	81,00	5
00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	200,00	200,00	5
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale	250,00		
00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	394,00		5

C) Urodynamie

NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.

00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	32,40	32,40	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	21,60		4
09357	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	50,00		5
00375	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans EMG technique et/ou interprétation	55,90	55,90	4
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	189,00		

D) Procréation assistée

Mesures transitoires - Services médicaux maintenus sous certaines conditions et non assurés depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales prévues par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

00496	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	900,00 1 900,00	5
00499	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement)	1 600,00 2 900,00	8

Services médicaux assurés depuis le 10 novembre 2015

20080	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le cadre de la préservation de la fertilité (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	900,00 1 900,00	5
20175	Prélèvement épидидymaire ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes sous microscope dans le cadre de la préservation de la fertilité (MESA-microTESE) (pour urologue seulement)	1 600,00 2 900,00	8

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclues les évaluations préopératoires effectuées dans une clinique d'évaluation préopératoire désignée (services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602).

De plus, sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base. Ceux-ci sont alors payables selon la tarification et le taux applicables au début de l'anesthésie.

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général.

RÈGLE 3.

MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.

DURÉE

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

RÈGLE 5.

INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.**

RÈGLE 6

PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉ-CHIRURGICALE

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

RÈGLE 7.

CHIRURGIES MULTIPLES

7.1 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8

ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1^{er} septembre 1988.

RÈGLE 9.

REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste qui est remplacé, indiquer l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade.*

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste remplaçant, indiquer :*

- l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade;
- l'élément de contexte **Remplaçant au cours d'une anesthésie;**
- la date et l'heure de début de l'intervention commencée par le premier médecin anesthésiologiste.

RÈGLE 10.

PARTICIPATION

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

RÈGLE 11.

ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Anesthésie simultanée.***

11.2 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention chirurgicale pour l'anesthésie régionale effectuée dans un but d'analgésie pré ou post-opératoire, lorsqu'elle est entreprise par

l'anesthésiologiste dans une salle autre que celle où l'intervention chirurgicale a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération, ou pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité;

Nonobstant ce qui précède, les techniques suivantes ne permettent pas l'ajout de ce supplément :

- anesthésie locale
- infiltration de plaie
- anesthésie rachidienne
- anesthésie épidurale en injection unique
- anesthésie épidurale continue avec installation d'un cathéter retiré le même jour

Le supplément est de 6 unités (code 41008). Il ne peut toutefois être réclamé entre 7 h et 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie régionale visée ci-dessus n'est pas comptabilisé dans les unités de temps de l'anesthésie.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41040, 41051, 41023 et 41024, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

RÈGLE 13.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

RÈGLE 14.

MAJORATION DES UNITÉS DE BASE

14.1 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41033**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant

sous les rubriques *Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur au égal à 40.*

14.2 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41034**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques *Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.

14.3 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41035**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques *Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.

14.4 En anesthésiologie, un supplément de 3 d'unités (code **41036**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient nécessitant au moins 10 culots globulaires per-opératoires ou chez les patients de moins de 18 ans nécessitant une transfusion $\geq$ à 50 cc par kilo. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques *Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.

14.5 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41037**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient en isolement (SARM, ERV, Clostridium difficile, etc.). Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques *Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.

RÈGLE 15.

ANESTHÉSIE EN DOULEUR CHRONIQUE

15.1 L'évaluation et la prise en charge d'un patient avec douleur chronique se font pour le suivi d'un plan de traitement d'un patient sur référence d'un centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41 ou pour un patient dont la situation ne demande pas l'expertise et l'ensemble des ressources offertes en centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41.

15.2 Les services médicaux visés par la présente règle sont ceux apparaissant sous la rubrique *Anesthésie en douleur chronique de l'onglet D – Anesthésiologie*. Ces services médicaux ne sont payables qu'en établissement seulement.

15.3 Le médecin qui réclame le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucun rôle 2 ou rôle 3 durant la même séance.

15.4 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucune autre visite ou consultation le même jour pour le même patient.

15.5 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut facturer aucun acte de la rubrique *Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* le même jour pour le même patient.

15.6 Un maximum de cinq (5) évaluations et prises en charge d'un patient avec douleur chronique (code d'acte *41055*) et de dix (10) visites de suivi en douleur chronique (code d'acte *41052*) est payable par demi-journée, par médecin. Le maximum total pour la combinaison des actes codés *41055* et *41058* est de sept (7) actes par demi-journée, par médecin.

15.7 La majoration d'honoraires prévue à la règle 14 du Préambule général ne s'applique pas aux services médicaux visés à la présente règle.

15.8 Sont considérées comme des procédures majeures : le bloc facettaire, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé, ainsi que l'injection dans l'espace épidural, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé.

15.9 Sont considérées comme des procédures mineures : les blocs veineux, les blocs nerveux (incluant les blocs sympathiques, les blocs de nerf périphérique, de ganglion ou de plexus, ainsi que les blocs sous-arachnoïdiens (intrathécal)).

R = 1 R = 2

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ 16,78

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	6*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*

00906 Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.

Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)

00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
00924	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux avec ou sans appareil de traction	5*
00930	Maxillectomie partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*
00937	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité) réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	5*
	Intervention sur le trijumeau	
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau	6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	4*
00957	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie) repositionnement bilatéral	10*
00959	diminution	8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste	38,20
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	19,10
	NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.	

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010	Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte	6*

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921	sous anesthésie générale	9
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	9
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	12

NOTE : Le code 00911 ne peut être facturé avec les codes 41038, 41039, 41044 et 41049 à la même séance.

NOTE:

- Si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne ou une prise en charge anesthésique au bloc opératoire deviennent nécessaires, l'honoraire des codes 06912 ou 06913 ou 41038, s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la patiente au bloc opératoire pour effectuer l'induction ou débiter la surveillance.

- Une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

41038	Prise en charge par un anesthésiologiste, au bloc opératoire, d'une patiente chez qui on planifie un accouchement vaginal ou une procédure obstétricale en salle d'opération plutôt qu'en salle d'accouchement, en raison d'un risque accru de césarienne d'urgence	6*

NOTE : Le code 41038 ne peut être facturé avec les codes 00911, 06912 ou 06913 à la même séance.

41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum	18*

AVIS : *Inscrire les renseignements relatifs à la mère.*

ANESTHÉSIE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Anesthésie en douleur aigüe et/ou post-opératoire

NOTE : les actes de la présente section sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés simultanément pour le même patient à la même séance.

Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

41039	1 ^{er} jour A8-1	2
41040	par jour subséquent	20,00
41041	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	29,00
41042	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière	10,00
41043	par jour subséquent le weekend, si suivi assuré par l'infirmière (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	14,50
41044	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie, chez un patient hospitalisé, par injection unique de morphine ou d'hydromorphone par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites	2

effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1.

AVIS : *Pour les codes de facturation 41039 , 41040, 41041, 41042, 41043 et 41044, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*

Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, chez un patient de moins de 18 ans, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1

Les blocs nerveux admissibles sont:

41045	- bloc ilio-inguinal échoguidé - bloc dans le plan du transversus abdominus («TAP») échoguidé - bloc du muscle droit échoguidé - bloc pénien - bloc pudendal - bloc paravertébral - bloc du nerf trigéminal (ou de l'une de ses branches)	5

NOTE : Les actes codés 41045 et 41008 sont mutuellement exclusifs.

41046	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, plexique (plexus brachial, plexus lombosacré, plexus cervical superficiel et profond, plexus coeliaque ou plexus hypogastrique supérieur), sciatique, fémoral ou caudal, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures A8-1	4

41047	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3

NOTE : Le code 41047 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.

41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections A8-1	6

41048	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3

NOTE : Le code 41048 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.

Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aiguë par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleurale, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections

41049	1 ^{er} jour A8-1	6

AVIS : *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*

41050	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3

NOTE : Le code 41050 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.

41051	par jour subséquent	35,00
41052	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	58,00
41053	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière	17,50

41054	par jour subséquent le week-end, si suivi assuré par l'infirmière (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	29,00

AVIS : Pour les codes de facturation **41051, 41052, 41053 et 41054**, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.

Anesthésie en douleur chronique

NOTE : Pour la section Anesthésie en douleur chronique, se référer à la Règle 15 de l'Addendum 8.

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des codes 41055 et 41058 est de 7 actes par demi-journée.

41055	Évaluation et prise en charge d'un patient avec une douleur chronique, minimum de 30 minutes Maximum 1 évaluation par patient, par médecin, par 12 mois	50,00
41056	si procédure mineure effectuée à la même séance, supplément	12,50
41057	si procédure majeure effectuée à la même séance, supplément NOTE : un seul supplément par patient, par jour	25,00
41058	Visite de suivi en douleur chronique, minimum de 15 minutes Maximum 4 visites par patient, par médecin, par 12 mois	25,00
41059	si procédure mineure ou majeure effectuée à la même séance, supplément NOTE : un seul supplément par patient, par jour	12,50

Anesthésie en soins palliatifs

41012	Analgesie peridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	252,00	4*
41013	Analgesie peridurale avec cathéter tunnellisé pour contrôle de la douleur	252,00	6*
41014	Analgesie rachidienne avec cathéter tunnellisé pour contrôle de la douleur	252,00	6*
41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	474,00	6*
41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	108,00	4*
41017	Bloc du ganglion impar	50,00	4*
41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	204,00	6*
41019	Neurolyse du ganglion impar	120,00	4*
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	402,00	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale	402,00	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée	402,00	6*
41023	Visite de suivi, par jour	48,00	

AVIS : Voir la règle 5.7 du préambule général.

41028	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	82,00
	NOTE : Les codes 41023 ou 41028 sont applicables sur les codes 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.	
41024	Visite de suivi, par jour	24,00
41025	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	41,00

AVIS : Pour les codes de facturation **41023, 41024, 41025 et 41028**, inscrire l'heure de début du service.

AVIS : Pour les codes de facturation **41024 et 41025**, voir la règle 5.7 du préambule général.

NOTE : Les codes 41024 ou 41025 sont applicables sur les codes 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.

Autres

00939 Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère 90,00

INHALOTHÉRAPIE

00984 Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins 7

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 15120.

SOINS SPÉCIAUX

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1, sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code de facturation correspondant au supplément A8-1 concerné.

Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant 180,00

00987 supplément A8-1 9

Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant

00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	140,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	110,00	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours	140,00	4*

précédents

00995	supplément A8-1		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	250,00	6
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	32,00	
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	160,00	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	145,00	
00996	supplément A8-1		7
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	86,60	

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v. g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	55,35	1*
NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.			
00927	Contrôle subséquent, par visite	15,75	
	maximum par jour	63,00	
41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite	25,00	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	100,00	
NOTE : Les codes 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.			

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le	109,05	4*

début de la mise en marche du traitement)

NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.

00991	Contrôle subséquent, par visite	12,00
	maximum par jour	72,00
41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite	21,40
	maximum par jour le week-end	128,40
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	

NOTE : Les codes 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.

00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1	10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube ou bloqueur bronchique en utilisant le bronchoscope flexible chez un patient où une isolation pulmonaire est indiquée A8-1	8

AVIS : Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (voir l'article 6 de l'annexe 29)

00900	Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient	70,00

AVIS : Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, veuillez vous référer à la règle 14 du préambule général et à l'article 5.2 de l'annexe 29.

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18.

18*

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Utilisation du coeur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie.**

TRANSPLANTATIONS

00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base	12*

DIVERS

00981	Anesthésie pour angioradiologie	6*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne	6*

00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie	4*
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	4*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite	10*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	4*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture	4*
00974	Tamponnement nasal antérieur	4*
00975	anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	10*
	anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	5*
00956	avec intubation	5*
00976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale	4*
00977	anesthésie pour circulation assistée	8*
00978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	8*
00979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	7*
41031	anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans	10*
00983	anesthésie pour télécobalthérapie	4*
00985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément	1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale	10*

AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.

41032	Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) "I"	4*
	NOTE : Le code 41032 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.	

AVIS : Le code de facturation **41032** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132

	4		4		54		135
	5		5		55		138
	6		6		56		141
	7		7		57		144
	8		8		58		147
	9		10		59		150
60	10			12			
		153					
14	11		61		156		
	12		16		62		159
	13		18		63		162
	14		20			64	165
	15			22		65	
168							
	16						
24			66		171		
	17		26			67	174
	18			28		68	
177							
	19			30			
69		180					
	20			33			
70		183					
	21			36			
71		186					
	22			39		72	
189							
	23			42			
73		192					
	24			45			
74		195					
	25			48		75	
198							
	26						
51			76		201		
	27						
54			77		204		
	28			57			
78		207					
	29			60		79	
210							
	30						
63			79		213		
	31			66		81	
216							
	32			69			
82		219					

83	33		72		
		222			
	34				
75			84	225	
	35		78		
85		228			
	36		81		
86		231			
	37		84		
87		234			
38			87	88	237
	39		90	89	
240					
	40		93	90	
243					
	41		96	91	
246					
	42		99	92	
249					
	43		102		
93		252			
	44		105		
94		255			
	45		108	95	
258					
	46				
111			96	261	
	47		114	97	
264					
	48		117	98	
267					
	49		120	99	
270					
	50		123	100	
273					

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opératoires ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général ainsi que la Règle d'application n° 7.

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence**.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 63 \$ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie dont le tarif est de plus de 63 \$: sous réserve des exceptions suivantes, ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour le médecin classé en chirurgie générale, seule la visite postopératoire du premier jour suivant l'intervention est comprise dans l'honoraire de la chirurgie.

Sauf pour le médecin classé en chirurgie générale, pour les chirurgies du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique), les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention. Toutefois, lorsque le médecin réclame les honoraires de plus d'un procédé chirurgical touchant plus d'un système, cette règle ne s'applique que si l'honoraire de la chirurgie du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique) est le plus élevé.

Dans une unité de soins intensifs, le médecin classé en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en neurochirurgie, en obstétrique, en gynécologie et en obstétrique-gynécologie, a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires; le médecin qui confie le malade aux soins d'un autre médecin de la même discipline n'a pas droit au paiement de ces visites.

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, le médecin a droit au paiement des visites de suivi aux soins intensifs suite à une chirurgie. La visite de suivi aux soins intensifs est la visite que le médecin oto-rhino-laryngologiste effectue auprès de son patient admis dans une unité de soins intensifs suite à une chirurgie.

RÉDACTION D'UN RAPPORT DE CONSULTATION

2.4 Le chirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion, a droit au paiement d'un supplément pour la rédaction de son rapport.

Ce supplément est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et s'ajoute au tarif de la visite principale.

AVIS : Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

2.5 Un supplément de consultation intradisciplinaire est accordé, pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un chirurgien de sa discipline pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation intradisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS : *Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE

2.6 Un supplément de consultation interdisciplinaire est accordé pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un médecin spécialiste d'une autre discipline, pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation interdisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS : *Utiliser les codes de facturation appropriés à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

CONSULTATION RÉGLEMENTAIRE

2.7 Aucun supplément n'est payé au chirurgien qui voit un malade dans le cadre d'une consultation prescrite par une réglementation interne de l'établissement hospitalier.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

2.8 En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe. En ophtalmologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale et pour la visite de contrôle d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la visite d'une durée inhabituelle (minimum 30 minutes).*

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général, ni au chirurgien vasculaire.

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION EN CHIRURGIE GÉNÉRALE, EN CHIRURGIE VASCULAIRE ET EN NEUROCHIRURGIE

2.9 Les dispositions des articles 2.4, 2.5 et 2.6 ne s'appliquent pas au chirurgien général, au chirurgien vasculaire et au neurochirurgien.

Quel que soit le médecin référant, le chirurgien général, le chirurgien vasculaire ou le neurochirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion a droit à un supplément de consultation déterminé selon le lieu de dispensation du service.

Le supplément s'ajoute au tarif de la visite principale.

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

2.10 La visite de suivi oncologique en chirurgie générale est la visite que le chirurgien général effectue, en hospitalisation ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer sous traitement de chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient. Maximum 4 fois par mois, par médecin.

Elle remplace la visite de contrôle.

RÈGLE 3.

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 4.

SOINS SIMULTANÉS

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

RÈGLE 5.

SOINS POST-OPÉRATOIRES CONFIÉS

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global .

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Soins post-opératoires confiés à un autre médecin.*

Inscrire le numéro de professionnel de ce médecin.

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global ; toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale ou la chirurgie vasculaire, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier .

RÈGLE 6.

CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7.

SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8.

CHIRURGIES MULTIPLES

AVIS : *Les actes dont le libellé indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.***

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Site différent.***

8.3 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;**
- **Autre incision.**

8.4 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.***

Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.***

8.5 De plus en ophtalmologie, sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre APPAREIL VISUEL et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : *Utiliser :*

- *l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente;***
- *s'il y a lieu, l'élément de contexte **Soins d'urgence.***

8.6 Toutefois, en dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance (actes codés **01131** et **01133**).

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Il s'agit de l'une des 4 premières tumeurs malignes.***

RÈGLE 9.

CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique ainsi que pour un chirurgien vasculaire qui pratique une chirurgie autre que vasculaire.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un autre médecin de spécialité différente.**

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10.

ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer de facturer le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Toutefois, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.

Le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code de facturation de son entente correspondant au service rendu.

10.2 Malgré la Règle 10.1, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, aucun honoraire n'est payable au médecin qui assiste le chirurgien principal. Toutefois, lorsque les honoraires des services chirurgicaux codés 04042 ou 04044 sont réclamés par le médecin collaborateur, le médecin assistant d'une autre spécialité qui assiste le chirurgien principal a droit au paiement de ses honoraires.

RÈGLE 11.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant, voir le code de facturation 07251.*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

AVIS : Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes de facturation **01425, 01426** et leurs suppléments.

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (30,75 \$).

Utiliser l'un des codes de facturation ci-dessous :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;
05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;
05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;
05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;
05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;
05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée anesthésiologique pour l'assistance chirurgicale.

Le rôle 1 est obligatoire.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05993, 05994, 05995, 05996, 05997 et 05998.**

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 047,90	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 309,90	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 971,55	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 253,00	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 816,40	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 661,30	18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes 01425, 01426 et leurs suppléments) par un médecin de la même spécialité, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la Règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie

AVIS : Voir la règle 11 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

RÈGLE 12.

FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR TRAUMATISME COMPLEXE OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe chez les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou pour un patient ayant un IMC ≥ 40 , le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (30,75 \$).

Pour demander le tarif, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

- 05966** assistance pour une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total;
- 05967** assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;
- 05968** assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;
- 05908** assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;
- 05909** assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;
- 05910** assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;
- 05911** assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée anesthésiologique pour l'assistance chirurgicale.

Les codes de facturation **05966**, **05967** et **05968** doivent être demandés uniquement dans les centres hospitaliers suivants:

- CHU Saint-Justine;
- CUSM - Site Glen (pédiatrique);
- CHUQ - Pavillon CHUL.

Le rôle 1 est obligatoire.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse lors d'une assistance chirurgicale, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

- 05912** par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 175,00 \$;
- 05906** si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément 50,00 \$;
- 05913** par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 150,00 \$;
- 05907** si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément 50,00 \$;
- 05918** pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément 75,00 \$.

Le rôle 1 est obligatoire.

Pour les codes de facturation **05912** et **05913**, inscrire le nombre de microanastomoses.

R = 1 R = 2

CHIRURGIE PLASTIQUE

Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatismes complexes ou pour malformation congénitale complexe

05963	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	846,30	18
05964	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 128,40	18
05965	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 692,60	18
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 256,80	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 821,00	18

05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 385,20	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 949,40	18
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	700,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de microanastomoses vasculaires.*

05914	si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	200,00	
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	600,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de microanastomoses nerveuses.*

05915	si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	200,00	

NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les codes 05914 et 05915.

NOTE : Les codes 05914 et 05915 ne sont pas facturables dans le cas de reprise de microanastomose déjà facturée.

05936	pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément	300,00	

NOTE : Les codes 05963, 05964 et 05965 ne peuvent être facturés que dans les centres hospitaliers suivants :

- CHU Sainte-Justine
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- CHUQ - Pavillon CHUL

RÈGLE 13.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN NEUROCHIRURGIE

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Voir les codes de facturation 05954, 05955, 05956, 05957, 05958, 05959, 05960, 05961 et 05962.*

R = 1 R = 2

NEUROCHIRURGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 072,25	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 797,50	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 626,35	18

AVIS : *Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.*

Assistance opératoire :

05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	355,95
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	596,80
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	830,20
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 074,45
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 304,45
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 422,75

NOTE : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

RÈGLE 14. FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure.*

Utiliser les codes de facturation suivants :

- **05952** assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie;
- **05953** assistance par quart d'heure additionnel.

Inscrire la durée additionnelle pour l'assistance.

Le rôle 1 est obligatoire.

R = 1 R = 2

OPHTALMOLOGIE

Forfait pour chirurgie oculaire complexe
(acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie seulement)

05950	durée opératoire d'une heure et demie	507,70	15
05951	par quart d'heure additionnel	84,60	

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle au temps opératoire.
Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie.*

RÈGLE 15. HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie -Annexe 6 de l'Accord-cadre et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 105 \$.

05916	Honoraire additionnel a. m.	105 \$

AVIS : *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.*

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 21 \$.

05917	Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes	21 \$

AVIS : *Inscrire l'heure de début et la durée du temps opératoire effectué à partir de 15 h.*

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

RÈGLE 16.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

16.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 et des suppléments d'IMC sous les onglets H – *Système respiratoire* et L – *Système digestif*, lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS : *Voir les codes de facturation 05928, 05929, 05937, 05938, 05939, 05940, 05941, 05942, 05943, 05944, 05945, 05946, 05947, 05948 et 05949.*

RÈGLE 17.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN UROLOGIE

17.1 Pour le médecin classé en urologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05969, 05970, 05971, 05972, 05973, 05974, 05975, 05976, 05977, 05978, 05979 et 05980.**

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en chirurgie générale seulement)

05937	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 400,00	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 600,00	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 000,00	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 250,00	18
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 500,00	18
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total	2 750,00	18
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 000,00	18
05928	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh B, supplément	75,00	
05929	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh C, supplément	100,00	

Assistance opératoire

05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 500,00

NOTE : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

UROLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en urologie seulement)

05969	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05970	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 500,00	18
05971	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 800,00	18

05972	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 100,00	18
05973	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 400,00	18
05974	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 700,00	18
05975	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	3 000,00	18

AVIS : Voir la règle 17 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Assistance opératoire :

05976	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
05977	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
05978	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
05979	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
05980	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 500,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'Assistance opératoire.

ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE

RÈGLE 1.

APPLICATION

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscopie; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

RÈGLE 2.

DESCRIPTION DES NERFS

2.1 On entend par « nerfs majeurs » les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

RÈGLE 3.

TARIFICATION

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

R = 1 R = 2

**F - PEAU - PHANÈRES
TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ**

ET MUQUEUSES

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec l'élément de contexte **Site différent**.

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes suivants :

01010, 01012, 01021, 01043, 01044, 01045, 01046, 01324, 01338, 01386, 01388, 01395, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419, 01460, 01463, 01464, 01465 et elle est également requise pour les codes suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416 et 01417.

De plus, l'autorisation de la Régie est aussi requise pour les codes 01233 et 01234 lorsque effectués chez un patient de plus de 18 ans.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

01031	Un supplément est payable pour les codes 01010, 01012, 01021, 01343, 01373, 01402, 01407, 01410, 01423, 01434 et 01435 du chapitre " Peau - Phanères - Tissu cellulaire sous cutané et muqueuses " pour un patient ayant un IMC ≥ 40 (pour chirurgien plastique seulement)	300,00

Un supplément est payable sur le tarif de base des codes 01201, 01205, 01228, 01230, 01231, 01232, 01250, 01251, 01252 et 01334 du chapitre « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC ≥ 40

01025	Acte de moins de 100 \$, supplément	20,00
01026	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément	60,00
01027	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément	110,00
01028	Acte de 600 \$ et plus, supplément	170,00

ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale	
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle	44,20
01014	périanal (PG-28)	61,50
01015	palmaire ou digital (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	167,65
01016	intramusculaire	131,25

	sous anesthésie régionale ou générale		
01017	sous-cutané (PG-28)	96,50	5
01024	cervical (PG-23)	276,75	6
01018	périanal (PG-23)	109,35	5
01019	palmaire ou digital (PG-28)	200,00	5

Excision conventionnelle ou par cryochirurgie

TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

(biopsies comprises) :

(Naevi, angiomes, lipomes, kératoses actiniques, etc. sauf les kystes sébacés et les verrues).

Face, cou et organes génitaux

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01101	sans suture	15,70	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 32.

AVIS : Pour les codes de facturation 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01109, 01121, 01122, 01123 et 01124, la lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire.

	avec suture		
01102	2 cm ou moins (PG-28)	16,80	
01103	2 cm à 5 cm (PG-28)	73,50	
01104	plus de 5 cm (PG-28)	131,25	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28)	111,80	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28)	139,70	5
01107	plus de 5 cm	196,35	5

Autre région

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins	13,80	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 32.

01109	plus de 5 cm	40,95	
	avec suture		

AVIS : Pour les codes de facturation 01108 et 01109, utiliser une ligne par lésion.

01121	5 cm ou moins (PG-28)	36,85	
01122	plus de 5 cm (PG-28)	55,35	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28)	89,40	5
01124	plus de 5 cm (PG-28)	123,70	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.

AVIS : Utiliser les éléments de contexte Site différent et Chirurgie multiple

effectuée à la même séance.

AVIS : Pour les codes de facturation **01121, 01122, 01123 et 01124**, utiliser une ligne par lésion.

LIPOMATOSE DIFFUSE OU NEUROFIBROMATOSE

01126	Exérèse de 5 à 10 lésions	150,00	5
01051	Exérèse de 11 lésions ou plus	277,00	7

AUTRES CONDITIONS

AVIS : Pour les codes de facturation **01043, 01044, 01045 et 01046**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Kystes sébacés :

01169	face, cuir chevelu, cou (PG-28)	18,80	5
01172	autres localisations	43,00	5

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : Utiliser les éléments de contexte **Site différent et Chirurgie multiple** effectuée à la même séance.

AVIS : Utiliser une ligne par lésion.

Traitement des angiomes-plans (excluant les malformations capillaires autorésolutives), des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de moins de 18 ans

01110	sous anesthésie :		
	par cm carré	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
01112	sans anesthésie :		
	par cm carré (PG-28)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : Pour les codes de facturation **01110 et 01112**, inscrire la superficie traitée.

Traitement des angiomes plans, des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, au corps, par laser, chez les patients de moins de 18 ans

01043	sous anesthésie :		
	par cm carré	26,45	4
	maximum par séance	264,50	

	sans anesthésie :		
01044	par cm carré (PG-28)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTE :

1. Les codes 01043 et 01044 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes 01043 et 01044.

Traitement des angiomes plans d'une superficie de 6 cm carrés ou plus, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de 18 ans et plus

	sous anesthésie :		
01045	par cm carré	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
	sans anesthésie :		
01046	par cm carré (PG-28)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTE :

1. Les codes 01045 et 01046 ne peuvent être facturés plus de 2 fois par patient, par année.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes 01045 et 01046.

Laser ablatif

Traitement de tumeurs cutanées secondaires à une génodermatose documentée, par laser ablatif, à la face ou au cou

	sous anesthésie :		
01047	par cm carré	30,00	5
	maximum par séance	300,00	
	sans anesthésie :		
01048	par cm carré (PG-28)	15,00	
	maximum par séance	150,00	

NOTE :

1. Les codes 01047 et 01048 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : Pour les codes de facturation **01043, 01044, 01045, 01046, 01047 et 01048**, inscrire la superficie traitée.

Traitement de chéilite actinique touchant plus de 50 % de la lèvre, par laser ablatif, par séance

01049	réalisé en cabinet privé	150,00	
01050	réalisé en établissement	75,00	

NOTE : Les codes 01049 et 01050 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par année.

TUMEURS CANCÉREUSES

01130	Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément	96,70	

NOTE : Le code 01130 peut être facturé avec les codes 01131, 01132, 01133 et 01134.

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

Face, cou et organes génitaux

01131	sous anesthésie locale	115,20	

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	335,35	6

Autre région

01133	sous anesthésie locale	56,90	

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	279,45	6

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199	première couche (PG-28)	276,75	6

01190	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum 2 couches supplémentaires	110,70	

NOTE : L'exérèse du noyau tumoral ne peut être considérée comme une première couche et ne peut être facturée en sus.

AVIS : Inscrire le nombre de couches supplémentaires.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;

- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéïforme ou infiltrant

NOTE : Les codes 01302 et 01303 ne peuvent être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

NOTE : Les codes 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.

01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00

AVIS : Inscrire le nombre de couches supplémentaires.

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques
(biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.
Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.

01143	face, cou et organes génitaux	54,20	5
01144	autre région	27,10	4

LIPECTOMIE FONCTIONNELLE

AVIS : Pour les codes de facturation **01010**, **01012** et **01021**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Pour les codes de facturation **01012** et **01021**, utiliser l'élément de contexte
Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	838,35	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	558,90	5
01021	membre inférieur	789,90	5
	Liposuction d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	67,05	
01211	sous anesthésie générale	101,55	5

ONYCECTOMIE

doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :

01215	simple (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	49,20	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	184,45	5

SINUS PILONIDAL

(kyste sacro-coccygien) :

01217	excision simple (PG-28)	258,15	5
01220	excision et plastie (PG-28)	258,15	5
01221	marsupialisation (PG-28)	258,15	5

EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS

01196	simple (PG-28)	29,40	4
01197	compliquée (faite au bloc opératoire sous anesthésie régionale ou générale)	266,00	6

NOTE : Le code 01197 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.

VERRUE ET MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Excision chirurgicale :

01222	non faciale :		
	première (PG-28)	10,10	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 15 verrues additionnelles	2,50	

AVIS : Inscrire le nombre d'excisions.

01223	faciale :		
	première (PG-28)	14,60	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 9 verrues additionnelles	3,50	

AVIS : Inscrire le nombre d'excisions.

01225	plantaire excluant l'émondage :		
	première	17,90	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum de 10 verrues additionnelles par séance	5,00	

AVIS : Inscrire le nombre d'excisions.

01227	en mosaïque (excision totale) par séance	54,20	5
01224	excision totale et plastie	112,45	5

NOTE : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

CAUTÉRISATION

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la section Procédés diagnostiques et thérapeutiques

RÉPARATION DE PLAIES (débridement compris)

Lacérations simples

face et cou :

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01320	moins de 1 cm (PG-28)	50,00	5
	par cm additionnel	19,40	

AVIS : Indiquer la longueur de la réparation.

autres localisations :

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01323	moins de 1 cm (PG-28)	40,00	5
	par cm additionnel	10,40	

AVIS : Indiquer la longueur de la réparation.

Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)

01316	1 ^{er} centimètre	110,70	5
	par centimètre additionnel	22,15	

AVIS : Indiquer la longueur de la suture.

*Le code de facturation **01316** peut être demandé seulement lorsqu'aucun autre acte n'est effectué au cours d'une même séance.*

*Si plusieurs chirurgies sont effectuées, utiliser le code de facturation **01317**.*

au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément

01317	1 ^{er} centimètre	26,25	
	par centimètre additionnel	10,50	

AVIS : Indiquer la longueur de la suture.

*Le code de facturation 01317 est un supplément à tout acte chirurgical.
Cependant, il ne peut être utilisé avec le code de facturation 01316.*

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

01322	face et cou :		
	moins de 2,5 cm (PG-28)	105,00	5
	par 2,5 cm additionnels	36,75	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	656,25	

AVIS : *Inscrire la longueur de la réparation.*

01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28), faites en salle d'opération, sous anesthésie générale	415,00	5

NOTE : Le code 01325 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.

débridement isolé de plaie :

NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.

01327	chaque unité de 1 cm (PG-28)	7,80	
	valeur maximum	140,40	

AVIS : *Inscrire la longueur de la réparation.*

01032	sous anesthésie régionale ou générale		
	chaque unité de 1 cm	10,00	5
	valeur maximum	350,00	

AVIS : *Inscrire la longueur de la réparation.*

01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	263,00	6

BRÛLURES

débridement isolé de brûlures

moins de 10 % de la surface corporelle

Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé

01345	entre 10 % et 30 % de la surface corporelle, par cm (PG-28)	0,55	8
	valeur maximum	137,50	

AVIS : Indiquer la longueur de la brûlure.

01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	473,95	8
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	600,00	8

AVIS : Ne pas fournir le compte-rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

01346	Escharotomie de décompression chez les brûlés tronc (PG-28)	105,00	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	100,00	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	105,00	5

NOTE : 1. Les codes 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les codes 01339 et 01345.

2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.

01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement	315,00	7
01340	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	105,00	
01321	Injectons multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	44,70	6

AVIS : Indiquer la durée d'intervention (injections).

RÉSECTION D'UN MONITEUR DE LAMBEAU

01033	Résection d'un moniteur de lambeau cutané, musculaire et/ou muqueux	150,00	6

GREFFE CAPILLAIRE

01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	

AVIS : Inscrire le nombre de greffons et le numéro de l'autorisation accordée au

préalable par la Régie.

MICRO-GREFFE CAPILLAIRE

01324	par unité folliculaire	2,10
	maximum par séance	2 625,00
	maximum par patient	5 250,00

AVIS : *Inscrire le nombre d'unités folliculaires.*

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES

A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	73,50	4
	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf)		
01360	première application	110,25	5
01361	application additionnelle ou subséquente	27,95	4

AVIS : *Inscrire le nombre d'applications.*

GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION OU TRANSPOSITION

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % . Cette note s'applique aux codes 01365, 01367 et 01373.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.***

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	301,80	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	296,20	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	458,30	5
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28)	1 006,00	6
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	1 023,75	6
----	avec microchirurgie	(voir greffe libre)	
	Transfert d'un lambeau : sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	556,50	5
01369	en deux temps	472,50	6
01336	Transfert d'un gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	1 089,85	8

GREFFE PÉDICULÉE (à distance)

stage majeur :

01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	376,50	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	503,00	7
	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	262,50	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	262,50	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	157,50	4

GREFFE LIBRE

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % . Cette note s'applique aux codes 01385, 01395, 01423, 01424, 01425 et 01426.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

01362	bout du doigt (PG-28)	223,55	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	251,50	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services tête et cou :	2 535,00	18
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	315,00	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	491,85	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28) dans une cavité :	577,50	6
01355	orbite avec greffe muqueuse	220,05	5
01356	cavité nasale (PG-28)	276,75	5
01357	cavité buccale	319,75	5
01358	sous une greffe pédiculée	149,45	4
01359	cavité osseuse importante autres régions :	245,70	5
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	245,90	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	368,85	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	614,80	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	6,40	
	maximum par séance	1 024,40	

AVIS : *Inscrire la superficie de la greffe.*

01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	637,15	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	1 453,15	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 365,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	2 103,45	18
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 743,65	18
01427	cutané, supplément	132,85	
01428	musculaire, supplément	127,75	
01429	osseux, supplément	127,85	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	184,50	
01431	nerveuse, supplément	125,65	

NOTE : Les suppléments codés 01427, 01428, 01429, 01430 et 01431 s'appliquent

aux codes 01425 et 01426.

01387	Lambeau jambes croisées	425,80	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	160,55	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	394,95	6

AVIS : Pour le code de facturation **01395**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée**.

01035 si injection de 150cc à 299cc de graisse, supplément 150,00

01036 si injection de 300cc ou plus de graisse, supplément 300,00

01396 Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément 111,80

NOTE : Le code 01396 ne peut être facturé avec le code 01395 à la même séance.

DERMABRASION : SABLAGE

AVIS : Lorsque les codes de facturation **01310**, **01311** et **01312** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :

01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	170,75	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	117,90	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	84,20	5

CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGICALES

AVIS : Lorsque les codes de facturation **01405**, **01406**, **01416** et **01417** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :

01405	moins de 4 cm (PG-28)	75,90	6
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	279,45	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	380,05	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	472,50	6

SEINS

AVIS : Pour tous les codes de facturation de la section Seins, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie réalisée au niveau du sein contralatéral à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale.**

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	96,50	6

Excision

01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein (PG-28)	201,70	6
01250	après localisation par harponnage ou par stéréotaxie, supplément	61,50	
01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant, excluant la gynécomastie chez l'homme de plus de 18 ans (PG-28)	383,60	6
01251	après localisation par harponnage, supplément	61,50	
01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	147,55	
01228	avec dissection axillaire, supplément	356,60	
01230	Mastectomie simple ou totale	542,35	6
01037	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	147,55	1
01038	Mastectomie totale avec préservation cutanée et/ou du complexe aréolo-mamelonnaire	700,00	7
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	891,50	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	983,75	8
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
01233	unilatérale	253,60	6
01234	bilatérale	362,25	6

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.

AVIS : Lorsque les codes de facturation **01233** et **01234** sont demandés pour un patient de plus de 18 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Capsulectomie totale du sein (PG-28)	380,05	4

NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % pour le médecin spécialiste en chirurgie plastique.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

01235	Excision du mamelon	58,15	5

Réparation

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

AVIS : *Pour les codes de facturation 01329, 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré est d'emblée autorisée. Pour les codes de facturation visés (01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465), utiliser l'élément de contexte Post chirurgie mammaire assurée.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale pré ou rétro-pectorale	581,25	6

01039	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1

01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	2 012,05	10

Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal

01407	sans implant	1 466,90	10

01410	avec implant	1 704,65	10

NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé au même site, à la même séance.

01403	avec greffe de mamelon, supplément	215,20	

Reconstruction du mamelon ou de l'aréole

01386	par greffe (PG-28)	423,15	5
01388	par tatouage (PG-28)	423,15	5
<u>AVIS :</u> Pour les codes de facturation 01386 et 01388 , inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	338,50	
Réduction mammaire			
01434	unilatérale NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).	620,60	6
01435	bilatérale (PG-28) NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).	894,25	6
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	190,05	
01465	Mastopexie	614,80	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	245,90	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	440,10	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28) NOTE : Le code 01419 ne peut être facturé avec le code 01408 à la même séance.	530,35	5
01040	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1

GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT

Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée			
01432	sans greffe (PG-28)	134,10	5
01433	avec greffe	564,20	5

FISTULE CUTANÉE

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	96,50	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	134,15	5

CHIRURGIE PLASTIQUE

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du Préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451		39,10	5

Intervention très mineure (PG-28)

01452	Intervention mineure (PG-28)	105,00	6
01453	Intervention moyenne (PG-28)	144,20	6
01454	Intervention majeure (PG-28)	183,75	6
01455	Intervention très importante (PG-28)	230,00	9

AVIS :

Ne pas fournir le protocole opératoire pour ce service, mais le conserver au dossier aux fins de références.

01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	564,20	6

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	500,00	10

Implantation de matière allogène :

01459	À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	131,30	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28)	726,55	5

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée**.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche**.*

01041	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1

NOTE : Le code 01041 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.*

01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance	57,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28)	705,25	5

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée**.
Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.*

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche**.*

01042	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1

NOTE : Le code 01042 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.*

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

DÉFINITIONS

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

RÈGLE 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne

peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS : *Voir les codes de facturation 15131 ou 15132 à l'onglet B - Tarification des visites à la spécialité de chirurgie orthopédique.*

RÈGLE 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Soins post-opératoires confiés à un autre médecin ou Soins post-opératoires confiés par un autre médecin.
Indiquer le numéro de l'autre médecin.*

RÈGLE 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.*

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.*

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte L'une des deux fractures du même os est en rapport avec une articulation et il y a réductions par des voies d'approche différentes et l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.*

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation.*

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre.*

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Deuxième approche par voie différente, à la même séance.**

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ouverte.**

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reprise de la réduction fermée.**

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie.**

7.2 On accorde un honoraire de 63,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie.**

7.3 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction.**

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

RÈGLE 10.

FORFAIT POUR CHIRURGIE TUMORALES OU ONCOLOGIQUE COMPLEXES

(chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire)

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgies tumorales ou oncologique d'une durée anesthésique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : Voir les codes de facturation **02188, 02189, 02192, 09566, 09567, 18171, 18172 et 18173.**

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale.**

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : Voir les codes de facturation **19052, 18000, 18001, 18002, 18003, 18004, 18005 et 18006.**

Le médecin désigné qui effectue un déplacement de plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principal a également droit au paiement de ses frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

AVIS : Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer à l'onglet Frais de déplacement et de séjour, à l'annexe 23 du Manuel des médecins spécialistes.

R = 1 R = 2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent.**

CRÂNE ET FACE

Arthrocentèse

18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28)	169,75	5

Arthroplastie

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	537,05	6

Biopsie

09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	165,00	6

Manipulation sous anesthésie générale

02862	temporo-mandibulaire	63,85	5

Excision

02206	condylectomie unilatérale	236,30	5
09551	tumeur bénigne (PG-28)	287,70	6
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	394,80	7
02112	hémimandibulectomie	319,35	7
02203	mandibulectomie totale	450,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	489,60	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	644,20	12
02207	ménissectomie temporo-mandibulaire	287,60	5

Fractures

	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	117,80	5
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	476,65	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	467,90	10
07502	avec traumatisme cérébral important	456,90	10
07503	intéressant les sinus	614,80	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydropneumocéphalie	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	417,50	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	479,75	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	631,90	15
18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	210,00	4

18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur maxillaire inférieur	83,85	4
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	21,75	
02509	réduction fermée	55,90	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	525,00	6
02521	bilatérale	787,50	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	210,90	5
02523	ménissectomie	326,00	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde maxillaire supérieur	98,40	5
02508	réduction fermée	50,00	5
02515	réduction ouverte	184,45	7
02516	fracture ¹ / 3 moyen de la face	894,25	10
02518	disjonction cranio-faciale nez	704,10	12
02527	réduction (PG-28)	132,85	4
	os malaire		
02507	réduction fermée	146,70	6
	réduction ouverte		
02513	simple	210,00	5
02514	avec ostéosynthèse	447,10	5
02522	par voie sinusale	236,30	5

Incision et drainage

02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	515,95	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	281,35	4

Luxation

	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (PG-28)	70,40	5
02526	réduction ouverte	141,45	5

Ostéotomie

02017	maxillaire inférieur unilatéral	630,00	12
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	608,90	10
02019	avec greffe osseuse	924,85	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	479,00	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs	736,30	

	sections		10
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	2 415,00	18
02090	par voie extracrânienne	1 058,40	15

Reconstruction

02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	382,20	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	386,40	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 484,75	18
02444	voie extracrânienne	2 093,80	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 800,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	1 312,50	15
02447	en deux segments	1 354,10	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 540,25	18
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	498,20	8

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service.

02170	approche thoracique ou abdominale : 200,00 \$
02171	approche thoraco-abdominale : 400,00 \$

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de Chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance

	greffe seulement		
02915	un niveau	720,10	10
02916	deux niveaux	779,60	10

02917	trois niveaux ou plus greffe avec instrumentation	800,00	12
02182	un niveau	1 000,00	12
02183	deux niveaux	1 050,00	12
02184	trois niveaux ou plus	1 260,00	15

02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	350,00	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	207,20	4

Biopsie

02119	corps vertébral	350,00	7
02109	d'un élément postérieur	200,00	4

Décompression

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des codes 02763, 02830, 02832, 02837 et 02838.

Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance.

NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (codes 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».

Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie

02755	lombaire	840,00	15
02758	dorsale ou cervicale	823,00	15
02763	avec greffe, supplément	210,00	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	525,00	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)	700,00	
02837	un niveau, supplément	682,50	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	892,50	

Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant

NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.

voie postérieure
sans greffe
cervicale

02210	un niveau	664,10	12
02217	deux niveaux ou plus	779,50	12

18123	dorsale un niveau	1 200,00	15
02216	lombaire un niveau chaque niveau additionnel	823,00 127,40	8
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre de niveaux.			
02910	avec greffe cervicale ou dorsale un ou plusieurs niveaux	975,50	12
02922	lombaire un niveau	946,65	12
02924	deux niveaux ou plus	1 058,05	12
02923	avec greffe et instrumentation cervicale ou dorsale un ou plusieurs niveaux	1 050,00	15
02022	lombaire un niveau	1 193,55	12
02024	deux niveaux ou plus	1 150,00	15
voie antérieure			
cervicale			
02173	avec ou sans greffe un niveau	866,10	12
02196	deux niveaux ou plus	1 105,00	12
avec greffe et instrumentation			
02140	un niveau	952,70	15
18133	deux niveaux ou plus	1 146,75	15
avec remplacement par prothèse artificielle			
18134	un niveau	1 013,40	15
18135	deux niveaux	1 306,50	15
dorsale ou lombaire			
sans greffe			
02087	un niveau	650,00	12
02111	deux niveaux ou plus	750,00	12
avec greffe			
02117	un niveau	850,00	12
02124	deux niveaux ou plus	955,95	12
avec greffe et instrumentation			
02128	un niveau	1 050,00	12
02136	deux niveaux ou plus	1 150,00	12
avec remplacement par prothèse			
02942	un niveau	1 250,00	12
02947	deux niveaux ou plus	1 350,00	15

Excision

02123	apophyse épineuse	200,00	5

02272	apophyse transverse	600,00	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	1 000,00	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 260,00	18
18124	si exérèse d'un deuxième corps vertébral ou plus, supplément	400,00	
02221	greffe et instrumentation, supplément	420,00	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément	572,25	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	750,00	

NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.

Exérèse

02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	400,00	6

Fracture - colonne

NOTE : Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), la deuxième approche est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif.

fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire

09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	367,50	6

réduction ouverte

09570	approche postérieure	682,50	18
09571	approche postérieure avec greffe osseuse	850,00	18
09572	approche postérieure avec instrumentation	1 000,00	18
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	1 350,00	18
09574	approche antérieure	633,45	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse	813,00	18
09576	approche antérieure avec instrumentation	1 036,10	18
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	1 350,00	18

02226	vissage de l'odontoïde	1 050,00	18

coccyx

02214	excision	350,00	5

Incision et drainage

séquestrectomie et drainage

02044	par voie antérieure	682,50	10
02045	par voie postérieure	650,00	6
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	866,10	12

Ostéotomie

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des codes 02003, 02004, 02005, 02133, 02134 et 02135.

Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance.

	de la colonne		
02025	un niveau	1 150,00	12
	chaque niveau additionnel	400,00	
	maximum	1 550,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nombre de niveaux.</i>		
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément	200,00	
02004	deux niveaux, supplément	200,00	
02005	trois niveaux ou plus, supplément	310,85	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un niveau, supplément	500,00	
02134	deux niveaux, supplément	500,00	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	600,00	

Ponction (aspiration, injection)

02329	chémonucléolyse, un niveau ou plus, incluant la discographie, le même jour	200,00	6

Scoliose

	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	700,00	12
	niveau additionnel	134,70	
	maximum	834,70	

AVIS : *Inscrire le nombre de niveaux.*

02343	avec instrumentation segmentaire incluant la greffe, le cas échéant	2 000,00	18
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	200,00	
18125	avec ostéotomie, un niveau, supplément	300,00	
18126	avec ostéotomie, deux niveaux ou plus, supplément	500,00	

	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	700,00	15
02459	thoraco-abdominale	850,00	18
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	150,00	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	2 000,00	15
02462	thoraco-abdominale	2 000,00	18

02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	150,00	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	700,00	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	200,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de niveaux supplémentaires.*

	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	1 299,10	18
02284	temps postérieur	1 000,00	18
02293	temps combinés	2 200,00	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	500,00	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	550,00	8

02399	relâchement musculotendineux de la concavité	274,80	6

NOTE : Le code 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
02362	un niveau	700,00	6
	niveau additionnel	200,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de niveaux.*

NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'instrumentation segmentaire.

02369	thoracoplastie	416,85	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéloméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéloméningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	971,25	18
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	150,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	360,05	7
09555	exérèse de l'appareillage	105,00	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	200,00	

THORAX

Biopsie

02066	costale ouverte	189,00	6

Excision

02114	de première côte	336,00	6

02116	de côte cervicale	352,80	6
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	321,70	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	840,75	10

Fracture

	du sternum		
02533	réduction fermée	140,60	4
02535	réduction ouverte	182,00	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	7

Reconstruction

02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondroplastie) avec atteinte fonctionnelle	823,60	15
18128	exérèse d'une ou plusieurs barres métalliques après correction de pectus carinatum ou excavatum (PG-23)	400,00	8
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale avec atteinte fonctionnelle NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les codes 02503 et 02504.	170,95	6

AVIS : Pour les codes de facturation **02503** et **02504**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

BASSIN

Amputation

02215	hémipelvectomy	960,00	15

Arthrodèse

02935	sacro-iliaque	750,00	8

Biopsie osseuse

02062	ouverte	250,00	5

Désinsertion

02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	450,00	6

Excision

02130	tumeur bénigne	450,00	8
02131	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	600,00	10
02132	tumeur maligne	600,00	8
02137		750,00	10

tumeur maligne ostéosynthèse

Exérèse

18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum	350,00	8
18080	de vis, bassin ou acétabulum	200,00	6

Fractures

	symphyse pubienne		
	réduction ouverte		
18081	avec fixateur externe	550,00	7
18082	avec plaque et vis	700,00	7
	fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque extra-articulaire		
18083	réduction fermée et fixation percutanée	750,00	7
02572	réduction ouverte	1 000,00	8
	acétabulum		
02581	réduction fermée, luxation centrale	250,00	6
18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé	1 000,00	8
02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18
	fracture de une ou deux colonnes		
18085	réduction fermée et fixation percutanée	900,00	8
	NOTE : Le code 18085 ne peut être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.		
	réduction ouverte		
18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis	1 400,00	15
18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords	1 700,00	15
02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaine) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18

Grefe osseuse

02774	greffe osseuse au bassin	373,30	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Incision et drainage

18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	315,00	5

Ostéotomie

02000	supra-acétabulaire (type Salter, Chiari ou « shelf »)	1 200,00	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 600,00	18

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

AVIS : Pour les codes de facturation de la Section membres supérieurs, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

ÉPAULE

NOTE : Pour les codes d'acte de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02281	désarticulation gléno-humérale	700,00	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	1 100,00	10

Arthrodèse

02925	gléno-humérale	1 000,00	10
02965	scapulo-thoracique	1 000,00	10

Arthrolyse

02973	gléno-humérale, toute technique	450,00	8

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

Arthroplastie

02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	700,00	10
02407	prothèse totale gléno-humérale	1 000,00	12
18176	prothèse totale gléno-humérale inversée	1 000,00	12

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe à l'humérus et/ou à la glène, le cas échéant)

18139	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10
18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps		
18090	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	12
18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12
18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
18093	remplacement de la composante humérale complète seulement	1 000,00	12

Arthroscopie

02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	250,00	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	6

Arthrotomie

Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire :

02037	gléno-humérale	350,00	5
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Biopsie

	clavicule ou omoplate		
02084	à l'aiguille	150,00	4
02085	ouverte	250,00	6

Examen et manipulation

02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire	200,00	4
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Excision

02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la ménisectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	350,00	6
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la ménisectomie, le cas échéant	350,00	6
02220	tête humérale	450,00	6
02778	tumeur bénigne de la clavicule	350,00	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule avec ostéosynthèse	450,00	
18140	tumeur bénigne de l'omoplate	450,00	6
18127	tumeur bénigne de l'omoplate avec ostéosynthèse	700,00	8
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	550,00	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	750,00	8

Exérèse

02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28)	150,00	5
02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	250,00	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie	550,00	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie	700,00	6

Fracture

	clavicule		
02537	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie omoplate	450,00	6
	réduction ouverte		
02536	col ou glène, une approche	700,00	7
18141	col ou glène, deux approches	850,00	8

Grefe

02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate	300,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site.		

Luxation

	acromio-claviculaire		
18096	réduction fermée et fixation percutanée	200,00	5
02548	réduction ouverte	450,00	6
	gléno-humérale		
02546	réduction fermée (PG-28)	118,65	5
02549	réduction ouverte	650,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site.		
	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt	450,00	6
02575	de type Bankart ou Bristow	650,00	6
18097	fixation transosseuse de lésion « slap »	450,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	800,00	6
18142	si greffe osseuse à la tête humérale ou glène, supplément sterno-claviculaire	100,00	
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire	157,50	5
02547	réduction ouverte	500,00	6

Ostéotomie

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

02095	clavicule	450,00	6
02094	omoplate	735,00	6

Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant

02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon	350,00	6
02145	pour rupture du tendon du biceps distal	500,00	6

	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie	650,00	6
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément	50,00	
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	650,00	6

Scapulopexie

02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	1 000,00	8

Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)

02231	gléno-humérale	600,00	7

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

BRAS (HUMÉRUS)

Allongement ou correction incluant l'ostéotomie

	Allongement		
02892	avec ou sans greffe	1 300,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau	900,00	12
02840	deux niveaux	1 227,10	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	1 100,00	12

Amputation

02280	au bras	600,00	5

Biopsie osseuse

02174	à l'aiguille	150,00	5
02175	ouverte	250,00	5

Excision

02176	tumeur bénigne osseuse	350,00	6
02177	tumeur bénigne osseuse avec ostéosynthèse	700,00	11
02193	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02178	tumeur maligne osseuse	700,00	7
02179	tumeur maligne osseuse avec ostéosynthèse	850,00	14
02194	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	300,00	6

NOTE : Le code 02195 est facturable avec les codes 02178 et 02179.

---- excision de la tête humérale

(voir épaule)

Exérèse

02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	200,00	6
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux	300,00	6
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	350,00	6

Fasciotomie

02011	au bras	315,00	6

Fractures

	col chirurgical sans luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02605	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02568	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	7
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	700,00	7
	col chirurgical avec luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02606	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	7
02598	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02631	réduction ouverte	700,00	7
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	950,00	8

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

	trochin-trochiter		
02632	réduction ouverte, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant	550,00	7
	diaphyse		
02608	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
	réduction ouverte :		
02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe	700,00	7
18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé	600,00	7
18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, une vis ou plus, supplément	100,00	2
	sus ou transcondylienne ou trochlée		
02609	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02640	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane	800,00	7
	condyle, épicondyle ou épitrochlée		
02610	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	157,50	6
02912	réduction fermée et fixation percutanée	300,00	7
02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	400,00	7
02921	réduction ouverte du condyle	500,00	7

Grefe osseuse

02363	humérus	450,00	6

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique

au même site, à la même séance.

Incision et drainage

02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	400,00	6

Ostéotomie

02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement incluant, le cas échéant, ROFI et greffe	800,00	6

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

COUDE

NOTE : Pour les actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02279	désarticulation au coude	630,00	4

Arthrodèse

02927	du coude	800,00	6

Arthroplastie

18143	d'interposition par fascia (allogreffe)	700,00	8

18144	dermaplastie d'interposition incluant le positionnement du fixateur externe et, le cas échéant, le prélèvement des greffes	1 000,00	8

NOTE : Les codes 18143 et 18144 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

02404	par prothèse totale	1 000,00	8

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc à l'humérus et/ou au cubitus, le cas échéant)

18145	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie et le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7

18146	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et cubitale et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou cubitale ou la fenêtre)	1 500,00	12

en deux temps :

18147	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	10

18148	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10

Arthrotomie

02039	du coude incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger (souris articulaire)	350,00	5
02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	550,00	8
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 200,00	12

Arthroscopie

02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	250,00	5
02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	300,00	5

NOTE : Le code 02987 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	550,00	8

Désinsertion

02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	200,00	5

Examen et manipulation

02834	Examen et manipulation (SAG)	200,00	4

NOTE : Le code 02834 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Excision

02222	tête radiale	350,00	6
02230	tête radiale avec remplacement	450,00	6

Exérèse

02989	de prothèse totale	700,00	6

Luxation

02662	réduction fermée (PG-28)	150,00	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	450,00	5
18036	ligaments interne et externe	650,00	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	200,00	
18151	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante excluant la réparation ligamentaire	319,60	5
	NOTE : Le code 18151 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	113,00	4

Reconstruction

	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	550,00	6
18039	ligaments interne et externe	750,00	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	200,00	

Synovectomie

02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28)	600,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		

AVANT-BRAS

Amputation

02278	amputation	600,00	4

Biopsie - radius ou cubitus

02991	à l'aiguille	150,00	4
02992	ouverte	250,00	6

Excision

09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	250,00	6
	tumeur - radius ou cubitus		
02993	tumeur bénigne (PG-28)	350,00	8
02994	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	600,00	8
02746	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02995	tumeur maligne	650,00	8
02996	tumeur maligne avec ostéosynthèse	850,00	11
02722	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	315,00	4
02723	avec prothèse, supplément	210,90	2

NOTE : Le code 02723 est facturable avec les codes 02995 et 02996.

Exérèse

02315	plaque et vis - radius (PG-28)	250,00	6
02314	plaque et vis - cubitus	200,00	6
02316	plaque et vis - radius et cubitus	350,00	6
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28)	150,00	5
02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28)	200,00	5

Fasciotomie

02020	un compartiment	367,50	6

02021	deux ou plusieurs compartiments	400,00	6

Fractures

	de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius ou olécrane		
18041	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
18042	réduction ouverte	400,00	8
	fracture - épiphyse distale radius		
18064	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
	réduction ouverte		
18065	une incision	500,00	8
18152	deux incisions	650,00	8
	fracture - radius et cubitus		
02651	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	5
02652	réduction ouverte	650,00	8
	réduction fermée et fixation par broche(s)		
18043	radius ou cubitus proximal ou distal	200,00	6

Grefe

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

02359	cubitus	300,00	6
02358	radius	350,00	6
02360	radius et cubitus	437,20	8

Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation

02904	radius ou cubitus	400,00	6
02905	radius et cubitus	564,20	8

Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation

02906	radius ou cubitus	450,00	6
02907	radius et cubitus	650,00	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 300,00	12

Reconstruction

02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	1 150,00	8

MAIN ET POIGNET

Amputation

02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	157,50	6
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28)	157,50	6
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28)	262,50	6
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	268,50	6
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	500,00	6

Allongement

	phalanges et métacarpiens		
02914	un (maximum de 750,00 \$) (PG-28)	250,00	5

AVIS : *Inscrire le nombre de phalanges et de métacarpiens.*

Arthrodèse

02928	pouce (PG-28)	367,50	6
02929	doigt (PG-28)	367,50	6
18153	partielle du poignet intercarpienne (PG-28)	600,00	6
02926	totale du poignet (PG-28)	800,00	6

NOTE : Les codes 02926 et 18153 ne peuvent être facturés avec un autre acte au carpe ou au poignet à la même séance.

Arthrolyse

02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28)	740,00	12

Arthroplastie

18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	450,00	7
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (PG-28)	547,70	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	420,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	1 000,00	8
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	577,50	7
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	396,80	7

Arthroplastie de remplacement

NOTE : Aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

18154	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	600,00	7
18155	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse radio-carpienne et, le cas échéant, l'ostéotomie radiale ou la fenêtre)	1 365,00	12
	en deux temps :		
18156	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 050,00	10
18157	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 050,00	10

Arthroscopie

02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	200,00	5
02958	avec débridement, supplément	150,00	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	200,00	

NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.

NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.

Arthrotomie ou capsulotomie avec, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation

NOTE : Les codes 02038, 02040, et 02932 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site, à la même séance.

02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	189,00	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	189,00	6
02038	poignet (PG-28)	338,70	5

Biopsie

02934	à l'aiguille, main et poignet	57,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	117,35	6

Décompression

02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	157,50	4

NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs.

02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	236,25	5

Excision

02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	215,25	6
18158	excision de tous les os de la rangée proximale du carpe	571,55	8
02895	ménisectomie radio-cubitale	300,00	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	262,50	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	210,00	6
02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	315,00	6
02785	carpe (PG-28)	210,00	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	400,00	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28)	294,00	6
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	338,50	7
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	536,90	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	588,00	15

Exérèse

	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	169,25	6
02650	carpe (PG-28)	250,00	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	121,30	6

Fractures ou luxation

	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
18046	chacune additionnelle pour la même main	30,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de réductions.*

18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	60,00	
	réduction ouverte		
18048	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18102	avec plaque et vis (PG-28)	420,00	6
	phalange		

18049	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	157,50	5
18050	chacune additionnelle pour la même main	31,50	

AVIS : *Inscrire le nombre de réductions.*

18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	63,00	
	réduction ouverte		
18052	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18103	avec plaque et vis (PG-28)	315,00	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
18053	réduction ouverte (PG-28)	450,00	6

Fascia

02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 234,70 \$)	117,35	6

AVIS : *Inscrire le nombre de fasciotomies.*

	pour maladie de Dupuytren		
18136	fasciotomie percutanée palmaire	156,25	5
18137	fasciotomie percutanée digitale	179,45	5
02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	307,40	7
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	380,05	7
18115	réintervention pour récurrence - fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	461,10	7
18116	réintervention pour récurrence - fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	570,10	7

Grefe osseuse ou cartilagineuse ou les deux

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

02658	métacarpe, phalange (PG-28)	229,15	6
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (PG-28)	246,65	6
02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28)	550,00	6
18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	157,50	

Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation

02698	phalange, métacarpien (PG-28)	110,25	6
02699	carpe (PG-28)	262,50	7
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	157,50	6

Manipulation d'articulation sous anesthésie

02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	21,00	5
02835	poignet (PG-28)	150,00	4

Ostéotomie de correction

02706	phalange proximale (PG-28)	223,55	5
02713	phalange moyenne (PG-28)	223,55	5
02717	phalange distale (PG-28)	126,00	5
02718	métacarpe (PG-28)	210,00	5
18055	ROFI, supplément	111,80	

Réparation, toute technique

02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	201,20	6
02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	315,00	6

Reconstruction ligamentaire

02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	229,15	6
02160	poignet avec greffe de tissus (PG-28)	400,00	6

Synovectomie

02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	117,35	6
02741	poignet (PG-28)	229,15	7

Syndactylie

02377	avec greffe de commissure (PG-28)	402,40	5

Ténotomie corrective

02050	un doigt (PG-28)	157,50	6
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	157,50	6

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

AVIS : Pour les codes de facturation de la section Membres inférieurs, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit, Intervention côté gauche ou Intervention bilatérale.**

HANCHE

NOTE : Pour les codes d'actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, incluant l'exérèse de matériel (clou (s), vis, clou-plaque)

Amputation

02296	désarticulation de la hanche	1 000,00	12

Arthrodèse

02936	primaire	1 000,00	12
02930	postrésection de tête fémorale	1 300,00	15

Arthroscopie

02419	arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28)	500,00	5

Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)

02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	700,00	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	1 000,00	12
02614	prothèse totale après arthrodèse	1 400,00	18

Arthroplastie de remplacement

18159	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10
09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps :		
02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	12
02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
18177	changement de polyéthylène seulement (avec ou sans changement de tête)	600,00	10
02260		1 000,00	12

remplacement de composante fémorale complète seulement

Arthrotomie

02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	550,00	5
18178	correction de conflit fémoroacétabulaire incluant résection et/ou réparation de labrum, ostéotomie et luxation de la hanche, toute voie d'approche	850,00	10

Excision

Voir tumeur ou site anatomique

Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)

02320	prothèse simple	550,00	6
02321	prothèse totale	700,00	8
02794	clous ou vis	250,00	6
02795	clou-plaque, plaque et vis	350,00	7

Luxation

traumatique

02619	réduction fermée (PG-28)	155,00	
02629	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	250,00	6
02757	réduction ouverte	700,00	8

congénitale ou paralytique

	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
02747	unilatérale	400,00	6
02748	bilatérale	450,00	6
02700	réduction ouverte (incluant spica)	850,00	8
02500	avec ostéotomie du bassin	1 400,00	10
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 600,00	15

Examen et manipulation

02849	sous anesthésie régionale ou générale	200,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique au même site, à la même séance		

Synovectomie

02252	complète	600,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique au même site, à la même séance.		

Ténotomie

adducteurs

02074	fermée	150,00	4

02079	ouverte	200,00	5
02081	psoas	250,00	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	600,00	6

Transposition et réinsertion tendineuse

02433	psoas-iliaque	900,00	8

CUISSE

02434	allongement ou section du fascia lata	200,00	5
02295	amputation de la cuisse	463,05	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	850,00	8
02041	fasciotomie fémorale	350,00	5

FÉMUR

Allongement ou correction incluant ostéotomie

Allongement

02349	avec ou sans greffe	1 200,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	1 300,00	15
02378	deux niveaux	1 411,20	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 150,00	12
02484	fasciectomy préalable à l'allongement	350,00	6

Biopsie

02796	à l'aiguille	150,00	5
02797	ouverte	250,00	6
02719	forage et décompression de la tête fémorale	400,00	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	150,00	

NOTE : Les codes 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.

Épiphysiodèse

02950	fémur par greffe	600,00	6
02952	fémur et tibia par greffe	700,00	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	550,00	6
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	600,00	6
02798	grand trochanter	350,00	6

Excision

02240	tête et col	600,00	6
02799	tumeur bénigne col et/ou tête	700,00	8
02801	tumeur bénigne col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	8

02802	tumeur bénigne autre que col et/ou tête	350,00	8
02803	tumeur bénigne autre que col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	11
02816	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02808	tumeur maligne	700,00	8
02811	tumeur maligne avec remplacement par prothèse ou avec ostéosynthèse	1 000,00	14
02561	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	300,00	4

NOTE : Le code 02562 est facturable avec les codes 02808 et 02811.

Exérèse de matériel

02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis	200,00	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis	350,00	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	50,00	3

Fracture

col

18105	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	550,00	10
02716	clou et plaque	700,00	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	850,00	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	700,00	10
02689	par prothèse cimentée, supplément	100,00	
	intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous trochantérienne		
18106	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
02742	réduction ouverte	700,00	10

tête fémorale

18179	avec ostéosynthèse (avec ou sans luxation) (Pipkin)	850,00	10

diaphyse

02690	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	350,00	6

AVIS : *En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.*

18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur	200,00	5
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	850,00	10
09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne	850,00	10
09590	verrouillage distal une vis ou plus, supplément	100,00	2
	transcondylienne et/ou sus-condylienne		
18107	réduction ouverte fixation interne ou externe ou les deux	850,00	10

Greffe

02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage	450,00	8
NOTE : Le code 02412 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Incision

18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation	400,00	6

Ostéotomie

02091	col fémoral	1 000,00	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	850,00	8
NOTE : Les codes 02091 et 02092 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Raccourcissement de l'os

02405	avec ou sans greffe	1 000,00	10
NOTE : Le code 02405 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Transfert ou transposition

02625	grand trochanter seul	750,00	5
NOTE : Le code 02625 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			

Plastie

02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	2 102,70	18

GENOU

NOTE : Pour les codes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02294	désarticulation du genou	630,00	5

Arthrodèse

02937	simple	1 050,00	8
02966	postarthroplastie incluant l'exérèse du matériel et le mode de fixation ou toute forme de fixation et, le cas échéant, la greffe osseuse	1 300,00	12

Arthrolyse

	directe		
18013	par arthroscopie	400,00	5
18014	par voie ouverte	600,00	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	1 300,00	12

Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)

02492	prothèse totale unicompartmentale	900,00	12
02403	prothèse totale bicompartimentale	1 000,00	12

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou au tibia, le cas échéant)

18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10
18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps :		
18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	12
18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12
18180	remplacement de la composante tibiale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 000,00	12
18181	remplacement de la composante fémorale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 000,00	12
18015	changement de polyéthylène seulement	600,00	7
02498	prothèse rotule seulement	600,00	6
02499	par allogreffe au fémur distal	1 200,00	10
02442	par allogreffe au tibia proximal	1 200,00	10
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 300,00	15

Arthroscopie

02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28)	250,00	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) :		
	ménisectomie		
	débridement articulaire		
	section de l'aileron externe		
	exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	5

NOTE : Les codes 02577 et 02724 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.

Arthrotomie ou capsulotomie

02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménissectomie ou la section de l'aileron externe	350,00	6

Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse

02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	200,00	6
09539	prothèse totale du genou incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	700,00	12
09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	400,00	6

Excision

02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	400,00	6
18017	tumeur bénigne dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	500,00	6

Fracture rotule

09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	550,00	6
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	550,00	6

Grefe ostéochondrale

02122	mosaicplastie (greffes ou autogrefe ostéochondrale composée, unique ou multiple) toute voie d'approche	500,00	5

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les codes 02577 et 02724.

Luxation

	genou		
02737	réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	250,00	6
	rotule		
02749	réduction fermée (PG-28)	115,50	6
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	450,00	6
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	550,00	7

Réparation et reconstruction ligamentaire

18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	500,00	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3

AVIS : *Inscrire le nombre de ligaments additionnels.*

	Reconstruction du ligament, toute technique		
18020	croisé antérieur	600,00	8
18021	croisé postérieur	850,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	1 250,00	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	350,00	3
18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3

AVIS : *Inscrire le nombre de ligaments additionnels.*

18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	200,00	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	500,00	6
18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	200,00	3
18028	chaque ménisectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	100,00	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchettes associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	2
18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	250,00	3

NOTE : Un seul des codes 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient, à la même séance.

Suture

02822	un ménisque, toute voie d'approche	450,00	7
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément tendon	100,00	1
02059	quadriceps	550,00	6
02061	rotuléen	550,00	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	150,00	1

Divers

02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	600,00	6
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	200,00	4
NOTE : Les codes 02253 et 02473 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.			
18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche	900,00	10

TIBIA ET PÉRONÉ

Allongement ou correction incluant ostéotomie

	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	1 150,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un niveau	1 300,00	12
02388	deux niveaux	1 500,00	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 150,00	12

Amputation

02292	amputation à la jambe (B.K.)	416,85	5

Biopsie

02864	à l'aiguille	150,00	5
02865	ouverte	250,00	6

Décompression - dénervation

	fasciotomie tibiale		
02046	1 compartiment	355,40	6
02047	2 compartiments ou plus	383,50	6

Épiphysiodèse du tibia

02951	par greffe (Phemister)	550,00	4
02954	par crampon	450,00	4

Excision

02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	700,00	7
02867	résection extensive et reconstruction	1 380,50	12
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.)	350,00	6
02869	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) avec ostéosynthèse	600,00	11
02948	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02870	tumeur maligne	700,00	6
02871	tumeur maligne avec ostéosynthèse	850,00	14
02596	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02597	avec prothèse totale, supplément	300,00	4

NOTE : Le code 02597 est facturable avec les codes 02870 et 02871.

Exérèse

02309	vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28)	150,00	6
02299	plaque plus vis - péroné	200,00	6
02873	plaque plus vis - tibia	350,00	6
18109	clou intramédullaire et vis de verrouillage	350,00	6

Fractures

	péroné seul		
02725	réduction ouverte	350,00	6
	tibia (avec ou sans péroné)		
02694	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	150,00	6
	réduction ouverte		
02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	600,00	6

09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	600,00	6
09592	verrouillage distal une vis ou plus, supplément épiphyse proximale	100,00	2
02721	1 plateau	600,00	6
18111	2 plateaux	800,00	6
02743	pilon tibial	700,00	6

Grefe osseuse

02874	pour pseudarthrose congénitale	1 000,00	8
02413	simple tibia et/ou péroné <i>NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.</i>	450,00	5
02414	par transposition du péroné	644,30	6

Incision et drainage

18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe	400,00	6

Ostéotomie

02093	de la tubérosité tibiale antérieure incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	700,00	7
02068	tibiale incluant ROFI et greffe, le cas échéant	800,00	6
02030	du péroné	200,00	5

Raccourcissement incluant ostéotomie

02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	850,00	10

CHEVILLE

NOTE : Pour les codes d'actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02291	type Syme	600,00	5

Arthrodèse

02938	tibio-astragaliennne primaire	750,00	6
18066	révision tibio-astragaliennne	1 000,00	6
02944	tibio-talo-calcaneenne avec ou sans talonaviculaire et calcaneo-cuboïdienne	1 000,00	10

Arthrolyse

02054		1 300,00	

correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	12

Arthroplastie

02408	totale de la cheville (prothèse)	1 000,00	8

Arthroplastie de remplacement

18164	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7

18165	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse tibiale et astragalienne et, le cas échéant, l'ostéotomie tibiale ou la fenêtre)	1 500,00	12

en deux temps :

18166	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	10

18167	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10

18168	remplacement de la composante tibiale ou astragalienne	1 000,00	9

Arthroscopie

02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	250,00	5

02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) :		

- résection de souris ou de corps étranger

- **débridement synovial**

- résection d'ostéophyte

- forage ou chondroplastie d'abrasion	400,00	7

Arthrotomie

18067	avec, le cas échéant, exploration, drainage, irrigation ou résection de corps étranger, d'ostéophytes ou de souris articulaire, ou traitement d'ostéochondrite avec ou sans fixation	350,00	6

02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	100,00	2

Décompression - dénervation

02883	décompression - sinus du tarse	135,40	5

02884	décompression - tunnel tarsien	300,00	5

02885	neurectomie cheville	250,00	5

Exérèse

09541	de prothèse totale de cheville	550,00	6

de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis

02304	unimalléolaire (PG-28)	150,00	6

02306	bi ou trimalléolaire (PG-28)	200,00	6

Fracture - luxation

	uni, bi, trimalléolaire		
02708	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	150,00	6

AVIS : *En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.*

	réduction ouverte		
02727	unimalléolaire	350,00	6
09542	bimalléolaire	550,00	6
18068	si fixation malléole postérieure, supplément	100,00	
18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément	100,00	
18070	par vis syndesmotique seule	350,00	6

Reconstruction - réparation

02199	réparation ligamentaire	350,00	6
NOTE : Le code 02199 ne peut être facturé avec une autre chirurgie de l'onglet Musculo-squelettique, au même site, lors à la même séance.			

02161	reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	550,00	6
02441	réparation tendon d'Achille	450,00	6
02889	tardive (6 semaines ou plus)	600,00	6

Ténotomie (tendon d'Achille)

18071	fermée ou ouverte	169,25	5

PIED

Allongement (incluant l'ostéotomie)

02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 000,00	7

Amputation

02267	médiotarsienne ou transmétatarsienne (PG-28)	347,55	6
02287	un métatarsien en rayon	157,50	6
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied	31,50	

AVIS : *Inscrire le nombre de métatarsiens.*

18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28)	210,00	6
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	110,00	6
	chaque orteil additionnel	26,00	

AVIS : *Inscrire le nombre d'orteils.*

Arthrodèse

02943	sous-astragalienn e ou talonaviculaire ou calcanéo-cuboïdienne isolée	750,00	6
18073	triple arthrodèse	900,00	6
02949	tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) tardive (6 semaines ou plus)	600,00	6
02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28)	350,00	6
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28)	150,00	6
	chaque orteil additionnel	40,80	

AVIS : *Inscrire le nombre d'orteils.*

Arthrolyse

02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 000,00	6

Arthroscopie

09500	pied (PG-28)	250,00	5

Arthrotomie

Arthrotomie incluant, le cas échéant, la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire

02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (PG-28)	150,00	6
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28)	300,00	6
09501	pour arthrite septique (PG-28)	250,00	6

Biopsie

09502	à l'aiguille ou au trocart	150,00	4
02247	ouverte (PG-28)	250,00	6

Excision

02244	complète d'astragale ou de calcaneum	500,00	8
02241	barre tarsienne	500,00	6
02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28)	250,00	6
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28)	200,00	6
02242	tête métatarsienne (PG-28)	200,00	6
	chaque tête additionnelle pour le même pied	31,30	

AVIS : *Inscrire le nombre d'excisions.*

02245	os sésamoïde (PG-28)	250,00	6
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical par le même médecin.			

09505	tumeur bénigne calcanéum ou astragale (PG-28)	350,00	6
09506	tumeur bénigne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	600,00	6
09507	tumeur bénigne os mineurs(PG-28)	200,00	6
09508	tumeur bénigne os mineurs avec ostéosynthèse	350,00	6
09509	tumeur maligne calcanéum ou astragale	350,00	7
09510	tumeur maligne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	550,00	8
09511	tumeur maligne os mineurs(PG-28)	250,00	6
09512	tumeur maligne os mineurs avec ostéosynthèse (PG-28)	300,00	6

Exérèse

09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28)	200,00	6

Fracture ou luxation

	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28)	150,00	5
02744	réduction fermée avec embrochage percutané	250,00	7
02729	réduction ouverte astragale ou calcanéum excepté	450,00	7
02730	réduction ouverte astragale	650,00	7
18169	réduction ouverte calcanéum	650,00	7
02734	arthrodèse primaire sous-astragalienn	750,00	7
	métatarsien, phalange, articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes		
02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	150,00	5
02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28)	200,00	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le)	50,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de métatarsiens ou de phalanges.*

02731	réduction ouverte un (PG-28)	250,00	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le)	75,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de métatarsiens ou de phalanges.*

Incision - drainage

09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	6
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	150,00	6
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28)	250,00	6

Manipulation et immobilisation

09532	un ou deux pieds pour correction de difformité	150,00	4

Ostéotomie

02060	calcanéum, astragale ou tarse	500,00	6

09524	métatarse (PG-28)	200,00	6
09563	phalange (PG-28)	200,00	6

Reconstruction

	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville, sauf les orteils		
09530	un (PG-28)	550,00	5
09531	plusieurs (PG-28)	700,00	6

18138	reconstruction métatarso-phalangienne des deuxième, troisième, quatrième ou cinquième orteils, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	200,00	6
	chaque articulation additionnelle du même pied	31,30	

AVIS : Incrire le nombre d'articulations.

	capsulotomie tarso-métatarsienne		
09528	un	250,00	6
	chaque articulation additionnelle du même pied	95,30	

AVIS : Incrire le nombre d'articulations.

02049	syndactylie pour orteil	116,00	5
02422	correction de chevauchement du 5 ^e orteil, toute technique (PG-28)	250,00	6
18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie	525,00	6

NOTE : Le code 18074 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.

	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
09564	un	150,00	6
	chaque orteil additionnel du même pied	30,00	

AVIS : Incrire le nombre d'orteils.

02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28)	150,00	6
	chaque orteil additionnel du même pied	30,00	

AVIS : Incrire le nombre d'orteils.

	ténotomie ouverte ou fermée		
18075	un orteil (PG-28)	150,00	5
18076	plusieurs orteils (PG-28)	200,00	5
18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28)	150,00	5

Correction d'hallux valgus ou varus

correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténatomie, la transposition et la réinsertion tendineuse

09593	sans ostéotomie incluant la chéilectomie ou l'excision partielle de la phalange proximale, le cas échéant (PG-28)	250,00	6
02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28)	350,00	6
18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarse ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (PG-28)	400,00	6
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28)	450,00	6
arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténatomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant			
09595	hémi-arthroplastie (PG-28)	300,00	6
09596	arthroplastie totale (PG-28)	350,00	6
pied bot ou astragale vertical			
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	450,00	7
02556	relâchement antérieur	450,00	7
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	600,00	7
02560	relâchement postéro-médian	900,00	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 153,00	15
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

BOURSE SÉREUSE

Drainage

02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	200,00	6

Excision

02212	bourse calcanéenne (talon)	200,00	5
02236	bourse olécrânienne (PG-28)	200,00	5
02235	bourse huméro-radiale	180,10	5
02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	200,00	5
02255	bourse périrochantérienne	200,00	5
02233	bourse sous-deltoïdienne	200,00	5
09534	bourse ischiatique	189,00	5

Incision - exérèse

02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	200,00	5

MUSCLES

Allongement

09535	allongement musculaire (PG-28)	350,00	4

Exérèse

exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale ou régionale

02190	simple (PG-28)	150,00	6
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu (PG-28)	300,00	6

Excision

09536	raccourcissement musculaire	189,00	6
02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	262,50	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	400,00	6
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	252,00	6
	section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congénital)		
02023	une incision	342,95	6
18170	deux incisions	536,85	6
	tumeur		
02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	262,50	6
02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	252,00	6
02153	excision tumeur maligne (PG-28)	507,50	6
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	450,00	8

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Reconstruction - réparation

02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale)	255,00	7
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28)	210,00	6
02322	transplantation complète d'un muscle, v. g. grand pectoral	894,25	10

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS

Excision

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une (PG-28)	210,00	6
02202	plusieurs (PG-28)	335,35	6
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28)	157,50	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	262,50	5
02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	157,50	6
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	257,35	6

Incision et exérèse

02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28)	189,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28)	189,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28)	336,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28)	167,65	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Suture et reconstruction

	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, avant-bras, jambe, cheville, pied		
02396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28)	262,50	6
	maximum	787,50	

AVIS : *Inscrire le nombre de tendons.*

02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28)		
	réparation immédiate ou tardive	363,30	6
18117	si effectuées distalement au poignet, supplément	181,65	

02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28) maximum	250,00 1 000,00	6

AVIS : *Inscrire le nombre de tendons.*

02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	267,75	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28) maximum NOTE : Ne peut être facturé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.	558,90 1 117,80	6

AVIS : *Inscrire le nombre de transferts tendineux.*

18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28) Reconstruction d'un tendon	295,05	6
18061	greffe tendineuse (PG-28) greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies	483,00	6
18058	en un temps (PG-28) en deux temps	603,60	8
18059	premier temps (PG-28)	603,60	8
18060	deuxième temps (PG-28)	603,60	6
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	134,15	6

Transplantation

02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation	750,00	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	760,00	8

DIVERS

AVIS : *Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.*

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	100,00	4
02489	percutanés	138,30	4
02490	internes	218,60	5

02348	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	200,00	6
18113	fermeture de fasciotomie un ou plusieurs sites incluant, le cas échéant, débridement et myectomie NOTE : Les codes 02348 et 18113 ne peuvent être facturés avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même spécialité, à la même séance.	250,00	6
18120	débridement pour fasciite nécrosante ou gangrène de Fournier, un ou plusieurs sites, sous anesthésie régionale ou générale	525,00	10
18121	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	105,00	
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	6
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28)	52,50	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs	132,00	6
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28)	157,50	6
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie	20,00	
09547	os majeur	200,00	6
09546	os mineur	150,00	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	150,00	6
02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	157,50	5
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	200,00	
02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral	250,00	7
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	159,80	4

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La Règle 8 de l'Addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS : Les codes de facturation **02423, 02424, 02427, 02428, 02429, 02430, 02431 et 02530** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

02430	astragale	254,40	

02423	bassin	525,00
02431	calcanéum	140,60
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	450,00
02428	humérus	338,70
02530	peau	300,00
02429	radius ou cubitus	306,80
02427	tibia	350,00

Réimplantation

(après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)

AVIS : *Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver aux dossiers aux fins de références.*

NOTE : La Règle 8.1 de l'Addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

02355	avant-bras (PG-23)	1 789,60	18
02356	bras (PG-23)	1 789,60	18
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-23) (PG-28)	2 595,30	18
02357	épaule (PG-23)	2 300,90	18
02354	poignet (PG-23)	1 789,60	18

Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence

19052	Forfait par période de 24 heures	3 750,00

18000 *Pour le rôle 2*

18

AVIS : *Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.*

Assistance opératoire :

18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins	650,00
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	750,00
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	900,00
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 100,00
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 650,00

NOTE : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

Microanastomose (grossissement 5X et plus)

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28)	883,05	10
02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 408,45	15

02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	726,55	8

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes

18171	durée anesthésiologique de 2 à 3 heures au total	750,00	10
18172	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 000,00	10
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 300,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 600,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 200,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 800,00	18
02192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 400,00	18
18173	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 000,00	18

AVIS : *Ne pas fournir le compte-rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.*

Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

R = 1 R = 2

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

Un supplément est payable sur le tarif de base des actes inclus dans les sections « Bronches, Médiastin et Poumons et plèvre » du chapitre « Système respiratoire » pour un patient ayant un IMC ≥ 40

03047	Acte de moins de 100 \$, supplément	20,00	
03048	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément	60,00	
03049	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément	110,00	
03050	Acte de 600 \$ et plus, supplément	170,00	

NEZ ET NASOPHARYNX

Incision

Abcès ou hématome de la cloison :

03000	drainage	49,80	5
03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	166,05	6

Excision

Polypectomie nasale :

03160	unique (PG-28)	34,45	5
03172	multiple (PG-28)	52,35	5
03173	multiple bilatérale (PG-28)	99,95	5
03161	polype des choanes	99,65	5
03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	168,60	6
Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)			
03202	sous anesthésie locale	27,70	
03203	sous anesthésie générale	169,75	5
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément	83,05	
Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :			
03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (PG-28)	221,40	5
03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	387,50	5
03239	Amputation nasale	337,15	5

Réparation

03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	27,70	5
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.			
03320	Septodermoplastie (PG-28)	266,15	5
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28)	276,75	6
03343	Cure de sténose de valves nasales	87,00	5
Cure de perforation de la cloison			
03318	sans greffon	281,35	5
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	562,60	8
03367	Mise en place d'un bouton de silastic	84,85	6
Septorhinoplastie :			
partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies			
03308	par voie endonasale (PG-28)	359,80	6
03309	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	415,15	6
complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)			
03225	par voie endonasale (PG-28)	442,85	6
03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	553,55	8
03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	221,40	6

03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28)	442,85	6
03327	Grefe composée	372,55	6
03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	210,00	7
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	6
03331	par greffe autogène	200,00	6
	Atrésie d'une choane :		
03340	approche nasale antérieure	339,45	12
03342	approche par voie transpalatine	509,20	12
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	56,20	5

Manipulation

Épistaxis :

03804	cautérisation de la cloison, unilatérale	16,60	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	38,75	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	298,90	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	339,45	8

Corps étranger

Extraction de corps étranger du nez :

03002	par rhinotomie	159,70	5
03194	par rhinoscopie (PG-28)	44,30	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	66,40	4

Excision

Exérèse de tumeur :

03165	par voie intranasale	112,50	6
03166	par voie transpalatine	339,45	6
03167	par voie nasopharyngée	226,30	6
03071	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur nasale	237,10	5
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane	250,00	5
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	509,20	8

Réparation

03337	Réparation de fistule oro-nasale	67,75	4
03072	si lambeau(x) sous anesthésie générale, supplément	152,90	
03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale	157,50	5
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx	65,30	4

SINUS

Les chirurgies fonctionnelles endoscopiques complexes d'un sinus ou de la base du crâne peuvent donner ouverture à un supplément per-opératoire dans les pathologies suivantes :

- Révision d'une chirurgie d'un sinus
- Présence d'une anatomie sinusienne perturbée soit d'origine développementale, postopératoire ou traumatique
- Polypose nasosinusienne extensive
- Pathologie impliquant les sinus sphénoïde, ethmoïdien postérieur ou frontal
- Pathologie inflammatoire impliquant la base du crâne, l'orbite, le nerf optique ou l'artère carotide
- Chirurgie réalisée pour rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien ou pour condition pathologique impliquant un déficit osseux de la base du crâne
- Tumeur bénigne ou maligne rhinosinusienne

03073	lorsque les chirurgies sont effectuées par une technique guidée par informatique (CGI),supplément	169,75	
03051	lorsqu'il y a ligature de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, toutes techniques (clip, suture, etc.), supplément	100,00	2
03052	lorsqu'il y a cautérisation de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, supplément	50,00	

Incision

03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	138,40	6
03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	172,35	6
03005	Sinusotomie sphénoïdale	169,75	6

NOTE : Ne peut s'ajouter au service médical code 03113 au cours d'une même séance.

03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube)	71,25	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	105,00	5

Excision

Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) :

03105	unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (PG-28)	226,30	6
03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28)	221,40	6
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	503,00	6

03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	608,90	8
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	110,55	
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
03110	antérieure unilatérale (PG-28)	166,05	6
03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	188,20	6
03112	avec sphénoïdotomie (PG-28)	230,45	6
03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	276,75	6
03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	289,95	6
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie le cas échéant :		
03210	par voie intranasale	193,75	6
03211	par voie transpalatine	370,45	6
03246	par voie transseptale	307,35	6
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au code 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	449,95	6
03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	678,95	10
	avec exentération de l'orbite :		
03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	503,85	10
03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	626,05	12
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie trans-antrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	402,80	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	320,00	7
03249	section de V2	356,00	7
03250	biopsie	394,10	6
03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	320,00	7
	Réparation		
03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	339,45	6
03347	Reconstruction du canal naso-frontal incluant, le cas échéant, la greffe, le lambeau, la sinusectomie frontale et l'installation de la prothèse (PG-28)	452,65	8
03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR)	452,65	15
03375	au cours d'une autre intervention, supplément	169,75	

LARYNX

Incision

03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	402,80	6
<i>Introduction</i>			
	Laryngoscopie incluant la biopsie :		
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
03039	directe (PG-23)	136,05	6
03040	à suspension (PG-23)	166,35	6
03041	au microscope (PG-23)	174,35	6
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
03042	directe (PG-23)	166,35	6
03043	à suspension (PG-23)	198,45	6
03044	au microscope (PG-23)	208,05	6
03045	avec injection de substance pour combler ou médialiser une corde vocale (PG-23)	282,90	6
03046	microchirurgie sous-glottique	396,05	6
<i>Excision</i>			
	Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant		
03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	607,25	8
03115	sus-glottique	830,30	10
03220	totale	905,25	13
03221	totale et thyroïdectomie totale	1 131,55	15
03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 018,40	15
	Aryténoïdopexie ou aryténoïdectomie ou cordectomie :		
03241	par voie endolaryngée	339,45	5
03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	396,05	5
03242	par voie externe	380,80	6
03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	639,25	6
03074	Ajustement de l'implant par voie externe effectué lors d'une autre séance	262,50	5
03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	550,40	6
	Pharyngo-laryngectomie :		
03227	totale	1 018,40	12
03228	totale et thyroïdectomie totale	1 217,80	18
03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 131,55	18
<i>Réparation</i>			
03075	Supraglottoplastie (PG-23)	332,10	8

03349	Laryngoplastie	350,00	8
03363	Cure de laryngocèle	431,00	8
03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	230,45	5
03334	Réinervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8

TRACHÉE

Incision

03019	Trachéotomie (PG-28)	276,75	7
03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	110,70	
03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	160,55	7

Excision

Résection trachéale avec reconstruction

03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	923,25	10
03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 235,90	12
03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 615,55	12
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15

Réparation

Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :

03315	par excision de tissu cicatriciel	120,70	6
03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	188,20	6
03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	225,45	6

Fermeture de fistule :

03351	trachéale post-traumatique	332,10	6
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	819,00	12

03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	311,20	6
03009	Remplacement d'implant phonatoire	50,00	6

Trachéoplastie :

03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	608,90	8
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	959,70	12

Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique):

03353	cervicale	577,50	10
03355	thoracique	720,65	12

03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	1 131,55	

03010	Aortopexie pour trachéomalacie sévère, incluant la thymectomie et la bronchoscopie per-opératoire, sauf si effectuée par un médecin d'une autre discipline, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	900,00	15

BRONCHES

Réparation

Bronchoplastie :

03357	correction de sténose et anastomose	940,80	12
	Fistule broncho-pleurale		
03372	fermeture simple par thoracotomie	689,55	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	960,90	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	819,75	12

MÉDIASTIN

Incision

Médiastinotomie pour exploration ou drainage :

03035	voie cervicale	321,70	6
03036	voie thoracique	357,50	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	375,30	12

Excision

03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	717,40	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	1 019,03	12
03240	Thymectomie	746,55	10

Réparation

03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	758,65	10

POUMONS ET PLÈVRE

Incision

03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	222,00	8
	Thoracotomie		

03026	pour contrôle d'hémorragie	346,50	12
03028	exploratrice avec exérèse de corps étranger	472,50	12
03120	exploratrice avec biopsie	330,75	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	574,50	12
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	1 021,35	12
03017	pleurectomie partielle, supplément	35,75	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardiorespiratoire	142,90	10
03031	Décortication totale du poumon incluant, le cas échéant, le drainage d'empyème, non complémentaire à un autre acte chirurgical associée à la même séance opératoire	816,40	12
03076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique sans autre intervention au même site	450,00	12
03077	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément	300,00	
03011	Thoracoscopie diagnostique avec ou sans biopsie	250,00	8
03013	Thoracoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	120,00	
NOTE : Le code 03013 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention "toute voie d'approche" sauf dans le cas d'une thoracoscopie suivie d'une thoracotomie.			

Excision

03122	Résection cunéiforme (Wedge)	360,35	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément	51,10	

AVIS : *Inscrire le nombre de résections additionnelles.*

03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire	783,95	12
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	1 500,00	12
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	237,77	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	133,35	
03127	lobectomie moyenne (côté droit), supplément	133,35	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	199,50	
03129	avec bronchoplastie, supplément	143,80	
03078	avec angioplastie, supplément	110,25	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	122,95	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tout type, supplément	215,13	
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	1 260,00	15

03139	Réintervention pour lobectomie plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	214,00	
	Pneumonectomie simple		
03133	avec ou sans évidence ganglionnaire	1 480,09	12
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	71,33	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	225,89	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	310,05	
03134	Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	74,00	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	2 025,80	12
03079	Pneumonectomie, réintervention plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	111,00	
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	712,30	12
03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	392,33	12

Collapsothérapie

	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
03374	minimum de trois côtes	240,04	6
	chaque côte additionnelle	66,80	

AVIS : *Inscrire le nombre de côtes.*

03311	deuxième stade	135,50	6
03312	troisième stade	127,00	5
	Pneumolyse :		
03313	intrapleurale	142,66	4
03314	extrapleurale	214,00	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

R = 1 R = 2

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

Voir la Règle d'application n° 7.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes : Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

NOTE : À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a chirurgie de plus d'une valve, s'il y a chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie de plus d'une valve ou chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien ou chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien.**

Les actes dont le libellé indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

NOTE : S'il y a une échographie épiaortique ou épocardique, s'il y a une angiographie coronarienne, s'il y a une échographie Doppler coronarienne effectuée à la même séance en même temps qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 \$ est applicable à chacun de ces examens.

Maximum de 4 suppléments par séance.

AVIS : Utiliser le code de facturation **04017**.

NOTE : Pour toute chirurgie valvulaire effectuée par technique endoscopique, endovasculaire ou robotique, un supplément de 500 \$ est applicable.

AVIS : Utiliser le code de facturation **04018**.

ACTES GÉNÉRAUX

04505	Refermeture complexe avec ou sans système spécialisé, ou révision de plaie sternale incluant, le cas échéant, le débridement de plaie sternale sous anesthésie générale, la résection osseuse et/ou cartilagineuse, l'exérèse de vis, plaque(s), clou(s), broche(s), le changement de pansement sous anesthésie générale ou l'installation d'un appareil à pression négative (type VAC) (PG-23)	500,00	9
	NOTE : Le code 04505 ne peut être facturé avec le code 02540.		
	par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
04525	un lambeau (PG-23)	700,00	12
04531	deux lambeaux (PG-23)	1 100,00	12

Circulation assistée

	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
04508	installation par canulation périphérique (PG-23)	508,90	18

04517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	1 017,80	18
04041	si hémofiltration, supplément	100,00	
04509	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	200,80	
04510	exérèse (PG-23)	471,00	10
Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)			
04511	installation	4 479,00	18
04512	surveillance, par jour, par patient	200,80	
04513	exérèse	942,10	18
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (PG-23)	344,40	
04019	si canulation artérielle, axillaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04020	si canulation veineuse jugulaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé, de type « Cell Saver » A8-1 (PG-23)	77,15	
NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).			

Hypothermie

04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	254,40	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	127,20	

Divers

04565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 315,40 \$		
04566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intrathoracique, supplément (PG-23) Maximum 1 supplément par 24 heures	336,40	
NOTE : Ce supplément ne peut être facturé le même jour que la chirurgie initiale.			

TRANSPLANTATION

04035	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
04574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23)	683,40	12

AVIS : Le code de facturation **04574** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche	
04523	un (PG-23)	470,40
04524	deux (PG-23)	537,60

AVIS : Les codes de facturation **04523** et **04524** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

04530	Transplantation pulmonaire unilatérale « C » (PG-23)	3 217,20	18
04042	chirurgien collaborateur	1 930,30	

AVIS : Voir la règle 10.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

04043	Transplantation pulmonaire bilatérale "C" (PG-23)	4 825,80	18
04044	chirurgien collaborateur	2 895,50	

AVIS : Voir la règle 10.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

04528	Transplantation cardiaque « C » (PG-23)	2 500,00	18
04529	Transplantation coeur-poumons « C » (PG-23)	4 515,00	18

COEUR ET PÉRICARDE

04036	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	

Incision

04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger, comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (PG-23)	344,90	18
04533	Réexploration médiastinale pour saignement, tamponnade ou arrêt cardiaque « C » (PG-23)	336,40	10

Excision

04536	Biopsie cardiaque ouverte (toute technique) (PG-23)	289,10	10
04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	942,10	18
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	1 076,60	18
	Péricardectomie :		
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)	1 051,40	12
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (PG-23)	311,20	10

Réparation

Valvule aortique :

04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (PG-23)	1 033,50	18
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une intervention valvulaire aortique lors à la même séance.		
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04544	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	269,20	
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 211,20	18
04547	Procédure de Konno « C » (PG-23)	2 355,10	18
04548	Procédure de Bentall-Konno ou de Ross-Konno « C » (PG-23)	3 363,40	18
	Valvule mitrale :		
04550	Commissurotomie (PG-23)	807,50	18
04551	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04554	Annuloplastie (PG-23)	1 076,60	18
04555	Valvuloplastie mitrale incluant, l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages (toute technique) (PG-23)	1 345,80	18
04021	Reconstruction de l'anneau mitral ou de la jonction atrio-ventriculaire avec pièce de péricarde ou oreillette gauche (intéressant au moins 30 % de la circonférence de l'anneau) (PG-23)	500,00	18
04553	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 345,80	18
	Valvule tricuspideenne :		
04556	Commissurotomie (PG-23)	537,60	18
04557	Remplacement (PG-23)	701,30	18
04558	Valvuloplastie et annuloplastie (PG-23)	701,30	18
	Valvule pulmonaire :		
04561	Valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (PG-23)	807,50	18
04562	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04563	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 211,20	18
	Exérèse de prothèse valvulaire ou homogreffe, supplément		
04520	une (PG-23)	317,50	
04521	deux (PG-23)	476,30	
	Oreillettes :		
04567	création de communication interauriculaire ou fenestration « C » (PG-23)	665,00	18
04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (PG-23)	1 300,00	18
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (PG-23)	1 816,80	18
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV, plastie tricuspideenne, CIA secundum) (PG-23)	2 721,40	18
04571	réparation d'une communication interauriculaire de type sinus venosus « C » (PG-23)	1 533,00	18
04572	atrioseptopexie pour cor triatriatum ou transposition des vaisseaux de la base ou oreillette commune (PG-23)	2 017,60	18
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	3 600,00	18
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		

04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 845,80	18
04577	multiple (PG-23)	2 017,60	18
04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (PG-23)	1 076,60	18
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
<i>NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 \$ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.</i>			
<i>AVIS : Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code de facturation 04579. La Régie fera les ajustements nécessaires en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.</i>			
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 076,60	18
04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (PG-23)	1 345,80	18
04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	2 817,00	18
dans les cas de tétralogie ou pentalogie de Fallot complexe:			
04005	si correction de CIA de type ostium primum et valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages, supplément (PG 23)	1 211,20	
04006	si valvuloplastie et annuloplastie de la valvule tricuspидienne, supplément (PG 23)	631,15	
04007	si correction de sténose des artères pulmonaires au delà du tronc, par patch ou par greffon, supplément (PG 23)	500,00	
04585	réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	672,90	18
04586	cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	736,00	18
04587	réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 272,20	18
Cardiorraphie :			
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (PG-23)	672,90	12
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		6
04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch Arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	4 036,30	18
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 261,70	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	4 036,40	18

CHIRURGIE CORONARIENNE

04037	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00

Réparation

Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte,
et/ou pontage d'une artère coronarienne

04601	unique (toute technique) (PG-23)	868,90	18
04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 069,35	18
04603	trois (toute technique)	1 270,95	18
04604	quatre (toute technique)	1 339,80	18
04605	cinq (toute technique)	1 403,55	18
04606	six et plus (toute technique)	1 536,15	18

Prélèvement de greffons autologues artériels ou veineux

04607	un greffon, supplément (PG-23)	100,90	
04611	deux greffons, supplément (PG-23)	134,60	
04612	trois greffons ou plus, supplément	168,20	
04022	si effectué par technique endoscopique ou robotique, par greffon, supplément (PG-23)	100,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de greffons.*

04608	Chirurgie coronarienne ou valvulaire à coeur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément	344,40	
	NOTE : Le code 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		

04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 908,30	18

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

04038	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00

04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiectomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)	672,90	15
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23)	556,20	15
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre	841,10	

NOTE : Le code 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Technique d'ablation myocardique auriculaire effectuée lors d'une chirurgie cardiaque.**

Les actes dont le libellé indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

APPAREIL VASCULAIRE

THORACIQUE

04039 Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément 500,00

Chirurgie congénitale

04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)	1 345,80	18
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant la correction de la coarctation de l'aorte, la ligature du canal artériel et la fermeture de CIA ou de CIV ou la réparation d'une sténose sous-aortique « C » (PG-23)	3 154,20	18
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	807,50	18
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	1 348,80	18
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	807,50	18
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (PG-23)	1 348,80	18
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	2 272,20	18
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (PG-23)	1 367,90	18
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C » (PG-23)	1 800,00	18
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23)	953,60	18
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23)	2 400,00	18
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 907,20	18
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	672,90	18
	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire		
04629	unilatérale « C » (PG-23)	1 814,00	18
04635	bilatérale « C » (PG-23)	2 860,90	18
04636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule-vasseaux de la base, supplément (PG-23)	953,60	
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (PG-23)	403,70	18
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)	807,50	18

Chirurgie de l'aorte

04687 Lors d'une chirurgie de l'aorte, les cas suivants donnent droit à un supplément de 210,30 \$:
anévrisme disséquant ou rompu, dissection aortique

04645	Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 272,20	18
	Réparation d'un anévrisme de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)		
04647	temps chirurgical	2 017,60	18
04026	temps radiologique	987,50	18
04027	temps chirurgical et radiologique	2 017,60	18

NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

04648	Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales (toute technique)	1 694,60	18
04650	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 780,00	18
04651	avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique), supplément	403,70	
04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	726,00	

Autres chirurgies

04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	2 161,70	18
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 051,40	18
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	818,05	15

NON THORACIQUE (TOUTE VOIE D'APPROCHE, TOUTE TECHNIQUE)

AVIS : Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	99,25	2
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	210,00	6
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	450,00	10
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	100,00	
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	380,00	8
04667	Réparation d'anévrisme d'une artère périphérique	504,00	8
NOTE : Aucun des deux suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.			
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	150,00	4
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	450,00	4
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	691,90	8
Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site			
04677	aorte	666,80	15
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	958,15	15
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 062,60	15
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire			
04683	aorte, supplément	300,00	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	435,55	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	483,00	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	246,80	

04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	315,00	
04028	prothèse aortique, supplément	315,00	
04029	prothèse d'un vaisseau périphérique, supplément	350,00	

AVIS : *Ne pas fournir le protocole opératoire ni le rapport de pathologie, mais les conserver au dossier aux fins de références.*

04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	350,00	
NOTE : Ce supplément ne peut être utilisé avec les codes 04677, 04678, 04679, 04680 et 04688.			

Perfusion régionale pour chimiothérapie

04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	280,00	8
04040	Perfusion régionale hyperthermique du membre supérieur ou du membre inférieur, incluant la technique, la prise en charge du patient ainsi que la surveillance	600,00	10

AVIS : *Inscrire l'heure de début du service.*

01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	10

Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale

04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	840,00	15
04693	Aorto-aortique	1 200,00	15
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	1 000,00	15
04695	bilatéral	1 400,00	15
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	1 150,00	15
04697	bilatéral	1 500,00	15
04698	ilio-fémoral	940,80	12
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 300,00	15
04030	Temps radiologique dans les cas de pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplitée ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier, toute technique	1 092,50	15
NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.			
Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation			
04701	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	300,30	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	600,60	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	900,90	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	110,25	

Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique

04707	Fémoro-poplitée	504,00	12
04708	Fémorale commune	504,00	12
04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	504,00	12
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	750,00	12

Pontage d'une artère périphérique

	Fémoro-poplitée :		
04713	prothèse synthétique	700,00	12
04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 000,00	12
	Fémoro-tibial ou péronier :		
04715	prothèse synthétique	700,00	12
04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 100,00	12
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	950,00	12
04031	Pontage fémoro-fémoral ou ilio-fémoral associé, supplément	300,00	
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 350,00	12
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	200,00	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	705,60	12

Autres pontages

	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	740,90	12
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique)	711,00	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	823,20	12
	Pontage :		
04732	axillo-fémoral	784,00	12
04733	fémoro-fémoral	705,60	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	711,00	12
04735	axillo-bi-fémoral	1 000,00	15

Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :

04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	105,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	36,80	

Divers

04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	315,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	52,50	

Anastomose :

04743	porto-cave	680,00	15
04744	spléno-rénale	756,00	18
04745	mésentérico-cave	1 008,00	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	131,25	

Hémodialyse

04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	400,00	10
04032	Création d'une nouvelle fistule artério-veineuse au même site qu'une ancienne fistule, avec ou sans greffe	350,00	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	210,00	10

Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse

04752	Thrombectomie par voie ouverte	181,95	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	315,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	242,55	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	115,50	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	121,30	

Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie

04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse (PG-28 pour chirurgien général seulement)	105,00	7
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (PG-28 pour chirurgien général seulement)	160,85	7

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux deux actes ci-dessus.

Réparation

Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du cou par :

04762	suture simple	740,90	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	823,20	12
04764	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	619,50	15

Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :

04033	suture simple	740,90	10
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	864,35	12

Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :

04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	660,00	8
04770	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	604,80	10

(voir système

-----	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine		musculo- squelettique)
-----	Grefe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée		(voir système musculo- squelettique)
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	450,40	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	213,15	5

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	96,50	6
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	106,00	6
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	257,35	6
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	321,70	6
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	70,70	5
04787	deux incisions	87,15	5
04788	trois incisions ou plus	94,40	5

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 la Règle 8.1 de l'Addendum 4.

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 Régie.

Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse

04790	une incision	15,05	
04791	deux incisions	30,00	
04792	trois incisions ou plus	46,30	

NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.

04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau		6

	Linton-Cockett	321,70	
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	5
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récurrence de varices	126,00	6
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	107,25	5
04799	sous-aponévrotique	210,00	5
		R = 1	R = 2

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

Excision

04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	150,00	6
04158	si effectuée sous anesthésie générale, supplément	126,80	
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	221,30	6
04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	221,30	6
04160	Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui transmis dans les 3 mois suivant l'intervention)	415,15	6

AVIS : *Conserver le rapport pathologique ou microbiologique au dossier. Attendre que la Régie vous fasse parvenir une demande de renseignements pour le transmettre.*

04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	922,25	10
04257	Splénectomie chez le cadavre	270,55	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	1 012,95	10
04166	suture (iatrogénique)	491,90	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	1 045,20	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	504,00	10
04236	Bouton osseux	38,85	4
	Évidement cervical :		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	830,30	10
04234	total	664,25	10
04242	bilatéral, toutes techniques	1 107,10	12
04238	sus-hyoïdien	415,15	7

Évidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle ou iliaque	584,10 6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde	765,95 10
04240	région axillaire de niveau 1,2 ou 3	614,85 6
NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	295,15 6
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	106,20
04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 1183,00 12
04249	post-chimiothérapie, supplément	200,00
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(voir peau-phanères)
04245	profond	475,00 6
04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00 10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	344,00 8
		R = 1 R = 2

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « D » inclut toute autre intervention du présent onglet pratiquée à la même séance, à l'exception des suppléments d'IMC pouvant s'appliquer.

NOTE : Le chirurgien collaborateur est celui qui, compte tenu du degré de difficulté d'une chirurgie, apporte sa contribution au chirurgien principal pour l'ensemble de la chirurgie.

AVIS : *Lorsque les codes de facturation 05290, 05291, 05295 à 05299, 05528, 05529, 05541, 05545, 05546 sont demandés par le chirurgien collaborateur, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.*

Un supplément est payable sur le tarif de base des actes inclus dans les sections « Oesophage, Estomac, Intestin, Appendice, Rectum, Anus, Foie, Voies biliaires, Pancréas et Abdomen, péritoine et épiploon » du chapitre « Système digestif » pour un patient ayant un IMC ≥ 40

05510	Acte de moins de 100 \$, supplément	20,00
05511	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément	60,00
05512	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément	110,00

05513	Acte de 600 \$ et plus, supplément	170,00	

AVIS : Pour déterminer le supplément à appliquer pour votre code de facturation, voir la tarification de base de celui-ci.

Un supplément est payable pour les actes inclus dans les sections "Oesophage, Estomac, Intestin, Appendice, Rectum, Anus, Foie, Voies biliaires, Pancréas et Abdomen, péritoine et épiploon" du chapitre "Système digestif" pour une chirurgie abdominale chez le patient cirrhotique

05547	avec un score de Child-Pugh B, supplément	75,00	2
05548	avec un score de Child-Pugh C, supplément	100,00	2

LÈVRES

Excision

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	262,50	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	35,00	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	276,75	5

Réparation

Fissure labiale :

05320	unilatérale	838,35	8
05321	bilatérale en un temps	1 028,40	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	338,50	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément	279,45	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	279,45	

Chirurgie itérative pour fissure labiale

05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	1 072,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	328,15	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	598,80	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (cheiloplastie)	553,55	8

BOUCHE

Incision

05001	Drainage d'un abcès sublingual	112,50	5
05002	Drainage d'angine de Ludwig sous anesthésie générale	282,90	5

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28)	54,30	5

05161	Excision de grenouillette	345,95	5
	Excision de lésion maligne :		
05034	2 cm ou moins	276,75	5
05035	plus de 2 cm	353,60	5
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie.		
05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	848,70	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	52,50	

DENTS ET GENCIVES

Incision

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	38,75	6
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	32,85	5
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,40	6

Excision

05168	Kyste dentaire	282,90	6
	Alvéolectomie :		
05208	premier centimètre	55,25	5
	chaque centimètre additionnel	24,60	
	maximum	399,35	

AVIS : *Inscrire la longueur de l'alvéolectomie.*

Extraction dentaire :

05203	une dent	14,35	6
	chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire	7,20	

AVIS : *Inscrire le nombre de dents.*

AVIS : *L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 10 ans. Toutefois, ces services demeurent assurés sans égard à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires d'une aide financière de dernier recours qui présentent un carnet de réclamation valide.*

Les services d'anesthésie-réanimation et de radiographie reliés à un service dentaire non assuré ne sont pas assurés, à l'exception des services d'anesthésie-réanimation

reliés à un service dentaire rendu dans un centre hospitalier (voir l'article 22 r) et s) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	29,50	6

LANGUE

AVIS : *La réparation de lacérations de la langue est payable avec le code de facturation **01316**, **01317**, **01323** ou **01325**.*

Incision

05501	Libération du frein de la langue	30,00	4
05007	Abcès de la langue (traitement complet)	63,00	4

Excision

	Excision de lésion bénigne de la langue		
05066	2 cm ou moins	54,30	4
05068	plus de 2 cm	207,60	5
05065	Excision de kyste de la base de la langue chez un enfant de moins de 3 ans	408,00	6
	Excision de lésion maligne de la langue		
05069	2 cm ou moins	276,75	5
05070	plus de 2 cm ou glossectomie subtotale	415,15	6
05514	Technique micrographique par couche, supplément	100,00	1
	<i>NOTE :</i> Maximum 3 couches		

AVIS : *Inscrire le nombre de couches.*

PALAIS ET LUETTE

Incision

05008	Abcès du palais	55,50	4
05009	Fénelstration du palais pour radiothérapie	25,80	4

Excision

05120	Uvulectomie (excision de la luette)	55,50	5
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	415,15	6

Réparation

05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	916,60	12

05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée	315,00	6

NOTE : Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement.

Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales
UPPP ou LAUP

05131	première séance	325,50	7

05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	53,30	

05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley	326,40	6

NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée égal ou supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.

AVIS : Pour les codes de facturation **05131** et **05135**, conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport polysomnographique aux fins de références ultérieures.

05335	Fistule palatine	344,00	8

05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur	726,55	9

NOTE : La Règle 7 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique ne s'applique pas à ce service médical.

AMYGDALES ET ADENOÏDES

Incision

05021	Abcès périamygdalien, ouverture	54,30	5

Excision

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	54,30	5

05228	Amygdalectomie ou adénoïdectomie	207,60	4

Réparation

Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhinopharyngé

05491	sans anesthésie générale	55,50	

05492	sous anesthésie générale	276,75	7

PHARYNX

Incision

Incision, drainage et soins d'abcès :

05016	intra-oral	56,20	5
05017	parapharyngé par voie cervicale	345,95	6
05018	rétropharyngé ou parapharyngé par voie buccale	138,40	6
05003	myotomie du cricopharyngé	415,15	5

Excision

05015	Exérèse apophyse styloïde	282,90	6
05126	Exérèse de fistule branchiale	553,55	6
05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	565,80	8

NOTE : Ne peut s'ajouter aux services médicaux 03115, 03220, 05158 et 05159

05172	Exérèse de kyste branchial	415,15	6
05502	Exérèse primaire de kyste ou sinus thyroïdienne avec hyoïdectomie partielle	344,05	6
05503	Exérèse de kyste ou sinus thyroïdienne récidivant avec hyoïdectomie complémentaire, le cas échéant	553,55	7
05178	Exérèse de sinus branchial	273,00	6
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	553,55	7

Réparation

05347	Suture d'une plaie du pharynx	138,40	6

GLANDES SALIVAIRES

Incision

Sialolithotomie :

par voie buccale :

05085	1/3 antérieur du canal	54,30	5
05086	2/3 postérieur du canal	141,45	6
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	56,20	5
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire	57,45	5
05515	Sialendoscopie diagnostique sous anesthésie générale	200,00	7
05516	avec dilatation pour sténose, supplément	100,00	
05517	avec extraction de calcul avec sonde à panier, supplément	150,00	
05518	avec extraction de calcul nécessitant une fragmentation avec laser et exérèse avec sonde à panier, supplément	200,00	
05519	avec plastie de l'orifice du canal, supplément	100,00	
05520	avec sialolithotomie du canal pour extraction de gros calcul ne pouvant sortir par orifice naturel, supplément	150,00	

Excision

05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28)	56,20	5
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	415,15	5
05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28)	415,15	5
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	968,70	10

Réparation

05340	Réfection du canal (plastie)	484,35	5
05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	276,75	5
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	408,00	5
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
05031	unilatérale	287,55	5
05032	bilatérale	489,60	7

Manipulation

05801	Dilatation du canal	33,95	5

OESOPHAGE

Incision

Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant

05019	cervicale	383,00	6
05020	thoracique	438,80	10
05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	294,00	5

Excision

05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	642,10	8
05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	799,30	12
05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	2 213,40	15
05290	chirurgien collaborateur	980,50	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas

échéant

05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	338,15	
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	2 508,55	18
	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	2 431,00	18
05221	deuxième chirurgien	1 155,95	
05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	361,55	
05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 660,05	15
05521	Exérèse de duplication oesophagienne, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	1 029,35	12

Réparation

05348	Oesophagoplastie cervicale	726,90	6
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	1 352,65	15
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant		
05285	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	105,00	
05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller), toute voie d'approche	1 045,20	12
05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	430,40	3
05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé antireflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23)	1 180,45	12
05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	245,90	3
05549	Réparation d'une hernie paraoesophagienne (PG-23)	1 180,45	15
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
05356	voie cervicale	707,05	7
05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	1 254,30	12
05332	avec procédure antireflux, supplément	430,40	3
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
05359	voie cervicale	319,35	5
05360	voie thoracique	1 106,70	10
05522	Cure de fistule trachéo-oesophagienne congénitale par voie thoracique, incluant la bronchoscopie, le cas échéant	1 083,60	15
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23)	1 850,30	15
05523	Cure de sténose congénitale de l'oesophage (PG-23)	1 235,20	10
05524	avec procédure antireflux, incluant la cure de hernie hiatale, supplément	350,00	3

05504	Exploration thoracique pour astrésie de l'oesophage, sans anastomose, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23)	1 012,95	12

05525	avec allongement oesophagien de type Foker, supplément	300,00	3

ESTOMAC

Incision

05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	595,65	10

05023	Gastrostomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23)	651,70	6

05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	641,25	8

05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	651,70	7

Excision

Gastrectomie :

05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 328,05	10

05226	totale incluant la vagotomie	1 623,20	12

05291	chirurgien collaborateur	973,95	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	461,15	3

05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	221,30	

05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	362,75	

05550	dissection radicale type D2 et/ou type D3 pour néoplasie gastrique, supplément	472,70	3

NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique propre et commune, du tronc coeliaque, de l'artère splénique ainsi que des ganglions autour du tronc veineux gastro-colique et péricardaux

Réparation

05363	Pyloroplastie (PG-23)	707,05	7

05364	Pyloroplastie et vagotomie	810,30	7

Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie :

05365	sans vagotomie	762,40	7

05366	avec vagotomie	810,30	7

Chirurgie pour obésité morbide

05305	Gastroplastie prothétique ajustable incluant, le cas échéant, la réparation d'une hernie hiatale par fermeture de l'hiatus oesophagien avec plicature des piliers diaphragmatiques et la mise en place d'un réservoir sous-cutané ainsi que son calibrage ultérieur	810,30	12

05355	Gastroplastie de réduction	1 250,00	12
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes anastomoses digestives	1 620,65	12
05528	chirurgien collaborateur	720,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05307	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes anastomoses digestives	1 782,70	12
05529	chirurgien collaborateur	792,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05309	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
05527	Révision ou exérèse de la prothèse ajustable et/ou du cathéter et de son réservoir, sous anesthésie générale	600,00	12
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	1 012,95	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	553,35	6
05376	Gastrorraphie ou duodénorraphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie	737,80	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)

Incision

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	159,85	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	651,70	6
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	325,90	
05029	Colostomie (PG-23)	651,70	6
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	325,90	
05030	Caecostomie	651,70	6
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	762,40	8
05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	381,20	

Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur

05093	unique (PG-23)	676,35	7
05094	multiple (PG-23)	799,30	9

Stricturoplastie pour maladie inflammatoire

05097	unique	810,30	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	243,10	

AVIS : Incrire le nombre de stricturoplasties additionnelles.

Excision

05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	713,20	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	356,60	
Résection intestinale, sans anastomose :			
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie, incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 209,95	10
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse (PG-23)	1 328,05	10
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 770,75	12
Procto-colectomie totale et iléostomie :			
05233	un chirurgien	2 213,40	12
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal	2 106,80	12
05235	chirurgien périnéal	885,40	
Résection intestinale avec anastomose :			
05140	grêle (PG-23)	1 209,95	10
05152	grêle non contigu au cours d'une autre intervention, supplément	605,00	
05141	iléo-caecale (PG-23)	1 209,95	10
05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique) (PG-23)	1 209,95	10
05154	segment du côlon gauche ou transverse (PG-23)	1 209,95	10
05164	hémicolectomie gauche (PG-23)	1 209,95	10
05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément	605,00	
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	1 918,30	12
colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation			
05279	un chirurgien	2 951,25	15
	deux chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	2 755,15	15
05281	chirurgien périnéal	885,40	
05505	avec mucosectomie rectale, supplément	295,15	

Réparation

Conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation

05282	un chirurgien	2 025,80	15
	deux chirurgiens		
05530	chirurgien abdominal	1 100,00	15
05531	chirurgien périnéal	800,00	
05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	573,95	
05532	Allongement intestinal (type Bianchi ou STEP) pour intestin court (PG-23)	1 441,05	12
05533	si entéroplastie sur plus de 20 cm, supplément	250,00	
	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
05382	sus-fasciale	344,25	7
05383	sous-fasciale	516,50	7
05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	799,30	7
05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	258,15	
05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément	461,90	
05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	464,80	7
05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	118,05	
05390	Fermeture d'entérostomie avec ou sans résection contiguë (grêle ou côlon) (PG-23)	762,40	8
05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23)	418,60	
05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale	651,70	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23)	810,30	15
05534	Cure d'atrésie duodénale (PG-23)	1 338,15	10
05535	si plastie duodénale proximale, supplément	150,00	

Manipulation

05805	Réduction de prolapsus (PG-28)	65,75	4
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	63,95	4
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie, lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie	44,00	

Occlusion intestinale :

05384	sans résection (PG-23)	885,40	8
05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	885,40	8
05386	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-entérostomie (PG-23)	1 209,95	10
05361	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute technique) (PG-23)	1 134,50	18
05369	Lavage colique per-opératoire par incision entérique unique ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	108,05	

APPENDICE

Incision

05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23)	540,20	6

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 05201.

Excision

05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23)	531,20	5

05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23)	391,70	

NOTE : Les codes 05201 et 05209 ne peuvent être facturés lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

RECTUM

Incision

05044	Ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale, de l'espace pelvirectal supérieur ou de la loge rétrorectale (PG-28 pour chirurgien général seulement)	233,65	5

05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale	433,20	6

NOTE : Le code 05045 ne peut être utilisé lors d'une correction de fissure anale.

Excision

05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou vilieuse du rectum	282,80	6

05182	Exérèse d'une tumeur vilieuse du rectum par voie anale	368,90	6

05536	si technique TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), supplément	120,00	2

05183	Exérèse par voie anale d'une tumeur maligne du rectum	715,80	8

05537	si technique TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), supplément	120,00	2

05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	1 132,70	12

05250	Rectotomie postérieure Kraskee	694,90	7

Proctectomie :

05240	résection antérieure	1 328,05	12

05538	si exérèse totale du mésorectum pour cancer rectal, supplément	200,00	2

05241	résection périnéale d'un rectum restant	1 147,95	10

résection abdomino-périnéale avec colostomie :

05242	un chirurgien	1 918,30	14

équipe de deux chirurgiens :

05243	chirurgien abdominal	1 696,90	14

05244	chirurgien périnéal	885,40	

résection complète du rectum avec "pull-through" et anastomose colo-anale manuelle :

05292	un chirurgien	2 133,85	14

équipe de deux chirurgiens :

05293	chirurgien abdominal	1 863,70	14

05294	chirurgien périnéal	1 080,45	

Opération pour mégacôlon congénital toute technique (PG-23)

05253	un chirurgien	2 133,85	15
	équipe de deux chirurgiens :		
05539	chirurgien abdominal	1 863,70	15
05540	chirurgien périnéal	1 080,45	
05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	196,70	6
05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	2 020,20	15

Réparation

05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie	959,10	10
	Imperforation anale :		
05418	voie périnéale (PG-23)	837,35	18
05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	1 296,50	18
05541	chirurgien collaborateur	576,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

	Imperforation anale, voies abdominale et périnéale (PG-23)		
05437	un chirurgien	2 131,65	18
	équipe de deux chirurgiens :		
05542	chirurgien abdominal	1 544,00	18
05543	chirurgien périnéal	1 029,35	
	Prolapsus rectal :		
05404	excision de la muqueuse (PG-28)	310,60	6
05408	par rectopexie sans résection	866,90	6
05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant	1 328,05	12
05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme)	762,40	7
	Suture du rectum (post-traumatique) :		
05410	approche extrapéritonéale	325,90	6
05411	approche intrapéritonéale	866,90	7
	Fermeture de fistule :		
05412	entéro-vaginale non associée à une résection intestinale	491,90	6
05413	entéro-vésicale « D »	866,90	6

Manipulation

05803	Examen anorectal sous anesthésie générale ou régionale (excluant la narcose) incluant, le cas échéant, dilatation, curetage, canulation, injection, biopsie ou cautérisation avec ou sans rectosigmoïdoscopie	184,45	5

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une autre chirurgie anale.

ANUS

Incision

05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un séton, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23) (PG-28)	258,15	6
05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie (PG-28)	168,85	6

Excision

05144	Excision locale ou fulguration ou cryochirurgie de lésions bénignes (simple ou multiple) incluant, le cas échéant, condylome, hémorroïde externe, hémorroïde thrombosée, marisque, papille et polype anal (PG-28 pour chirurgien général et pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	184,45	5
05186	Excision locale pour lésion maligne	338,15	6

Hémorroïdectomie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, avec ou sans réparation de fissure :

05248	interne et externe incluant, le cas échéant, les languettes péri-anales, la dilatation anale, la sphinctérotomie interne, la cryptectomie, l'excision ou l'incision d'hémorroïdes thrombosées, la papillectomie et l'exérèse de prolapsus muqueux et de granulome PG-28 pour chirurgien général seulement)	319,65	6
05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale	236,35	6

Réparation

05421	Anoplastie pour sténose (PG-23)	430,40	18
05551	Anoplastie pour fistule anale avec lambeau muqueux par glissement	325,00	7
05552	Procédure de LIFT (Ligature intersphinctérienne du trajet de fistule)	350,00	7
05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	542,35	5
05432	avec transplantation musculaire, supplément	162,10	1
05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	131,15	5

FOIE

Incision

Hépatotomie :

05057	exploratrice	499,70	7
05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste	762,40	7

Excision

Hépatectomie :

05145	excision locale de lésion (PG-23)	651,70	9
05146	lobaire (réglée) (PG-23)	2 213,40	18
05295	chirurgien collaborateur	1 458,60	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément	442,65	
05147	partielle (résection de foie) (PG-23)	1 045,20	12
05148	Biopsie hépatique ou des voies biliaires incisionnelle ou à l'aiguille au cours d'une laparotomie ou laparoscopie, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	86,10	
05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofréquence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs)	774,65	10
05137	Thermodestruction tumorale effectuée par un médecin spécialiste d'une autre discipline lors d'une laparotomie ou associée à une résection hépatique, supplément	425,45	

Réparation

05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance	866,90	10
	Transplantation hépatique :		
	intervention chez le donneur :		
05429	hépatectomie totale	1 205,10	12
	intervention chez le donneur vivant :		
05053	hépatectomie partielle, toute technique	2 836,15	12
05296	chirurgien collaborateur	1 517,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

	intervention chez le receveur :		
05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	4 051,65	18
05297	chirurgien collaborateur	2 431,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	1 350,55	
	intervention chez le receveur à partir d'un donneur vivant :		
05506	transplantation orthotopique, hépatectomie totale ainsi que toutes les interventions vasculaires (PG-23)	5 402,20	18
05553	chirurgien collaborateur	3 241,30	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

VOIES BILIAIRES

05544	Un supplément est payable si cholangiographie per-opératoire	25,00	1

Incision

05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	542,35	7
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	1 039,10	10
05419	Cholécysto-entérostomie	723,10	7

Excision

05259	Excision de l'ampoule de Vater	1 106,70	6
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	649,25	6
05251	Dissection radicale du hile hépatique pour néoplasie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires proximales, c'est-à-dire au-dessus de la jonction cysto-cholédocienne, supplément NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique et du tronc coeliaque ainsi que des ganglions des gouttières pancréaticoduodénales antérieure et postérieure.	472,70	3
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements désignés par le ministre)	510,50	7

AVIS : Voir la liste en annexe à la fin du présent onglet L.

05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochohostomie (incluant exploration des voies biliaires)	885,40	7
05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie	1 350,55	8
05277	Cholédochoscopie, supplément	155,35	

Réopération sur les voies biliaires :

05272	cholédochotomie ou cholédochohostomie (incluant exploration des voies biliaires)	1 180,45	8
05273	cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	1 217,45	8
05439	plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	1 526,10	10
05442	anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG-23)	2 025,80	12
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	2 147,45	18
05545	chirurgien collaborateur	954,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-	1 904,25	18

23)

05546	chirurgien collaborateur	846,00

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

PANCRÉAS

Incision

05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	809,10	10
	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
05005	premier quart d'heure	86,10	8
	chaque quart d'heure additionnel	39,55	

AVIS : En rôle 1, indiquer la durée de l'intervention (débridement et irrigation).

Excision

Pancreatectomie

05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 475,60	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	2 459,35	18
05298	chirurgien collaborateur	1 620,65	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

05218	cholécystectomie, supplément	324,70	
05219	vagotomie, supplément	141,80	
05157	excision locale de lésion	922,25	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	1 168,20	12
05265	totale incluant pancreatectomie subtotale de Childs	2 363,45	15
05268	pancréatographie per-opératoire, supplément	61,50	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	110,70	

Réparation

05445	Pancréatico-gastrostomie	1 141,25	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	1 017,40	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie	1 141,25	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	715,80	9

Intervention chez le donneur

05424	prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	774,65	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots Intervention chez le receveur	245,90	10
05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	3 074,20	18
05299	chirurgien collaborateur	1 260,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

Incision

05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	220,50	6
05011	Laparoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément NOTE : Le code 05011 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.	126,00	2
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	590,25	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire Chirurgie ex utéro intrapartum	639,45	7
05061	temps chirurgical	1 794,75	18
05507	temps obstétrical	1 204,00	18
	Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale incluant, le cas échéant, 1 ou 2 sites de péritonectomie		
05062	seule sans autre intervention chirurgicale	1 106,70	8
05063	lors d'une autre intervention, supplément	553,35	
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	210,00	5
05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie transabdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale Sutures infectées	184,45	4
05195	sous anesthésie locale	135,20	
05196	sous anesthésie générale ou régionale	221,30	6
05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23) NOTE : Le code 05080 ne peut être facturé avec les codes 05036 et 05201 à la même séance.	614,85	8
05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	215,20	6
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	215,20	5

05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	505,70	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	222,70	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	309,85	6

Excision

05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine	860,75	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche	651,70	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra- abdominale	159,85	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	184,45	4
05267	Omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers)	455,00	6

Règle d'application :

L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

Réparation

Herniorraphie inguinale ou fémorale :

05455	simple, unilatérale, avec ou sans cure d'hydrocèle ou d'hématocèle, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28)	368,90	5

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors à la même séance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

05457	bilatérale, toute voie d'approche, en un temps (PG-23)	553,35	7

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

05054	Cure de hernie récidivante (inguinale, fémorale ou crurale) (PG-28)	516,50	6

05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie, toute voie d'approche (PG-28)	399,65	6

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (PG-28)	405,80	6

05462	Herniorraphie ombilicale, toute voie d'approche (PG-28)	324,70	6

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

NOTE : Le code 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est

effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

05471	Cure de hernie épigastrique, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28)	324,70	6

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

NOTE : Le code 05471 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

05488	Cure de hernie de Spiegel, toute voie d'approche	430,40	6

AVIS : Voir la note sous le code de facturation **05011**.

05469	Cure de hernie incisionnelle ou parastomale	614,85	6

05554	si technique de séparation des composantes, supplément	200,00	2

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé pour les hernies inguinales, fémorales ou crurales récidivantes.

05475	Réparation d'éventration postopératoire (PG-23)	542,35	6

05472	Insertion de plaque synthétique, supplément	172,20	

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des codes 05054, 05469, 05475 ou 05549.

05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	307,40	6

Cure de hernie étranglée ou incarcerated :

05459	sans résection intestinale (PG-23)	516,50	6

05460	avec résection intestinale (PG-23)	1 209,95	8

05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	1 226,90	18

05473	Réparation avec sac en silo (omphalocèle ou gastroschisis)	897,40	18

Cure de hernie diaphragmatique congénitale :

05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale (PG-23)	1 226,75	18

05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23)	1 389,50	18

Divers

05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	680,65	7

05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	1 770,75	12

05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	637,15	10

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie

Région 03 : Québec

Centre hospitalier universitaire de Québec :
Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé Mc Gill :
CUSM - Site Glen (adulte)

R = 1 R = 2

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :

06087	- patient de moins 2 ans;	110,00	
	- patient de 75 ans ou plus;		
	- IMC ≥ 35 ;		
	- paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadraplégie.		

NOTE : Le code 06087 ne peut être facturé avec le code 06000.

06088	Un supplément est payable si effectué par laparoscopie	120,00	2
06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	360,00	6

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique Rein peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) par un ou plusieurs chirurgiens de la même spécialité, à la même séance.

AVIS : *Pour chaque intervention de la section Rein, utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit, Intervention côté gauche ou Intervention bilatérale.*

Incision ou extraction

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	200,00	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie, avec ou sans exérèse de calculs	662,55	10

06008	Extraction de calcul caliciel incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	8
06089	si faite par voie percutanée, supplément	150,00	
06011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5
06005	Extraction de calcul coralliforme incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
06090	si faite par voie cutanée, supplément	150,00	
06006	Extraction de calcul pyélique incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	6
06091	si faite par voie percutanée, supplément	150,00	
06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	5
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le code 00373.		
06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	345,50	6

Excision

06100	Biopsie du rein par voie ouverte	345,50	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Néphrectomie :		
06101	partielle	1 000,00	8
06200	totale incluant l'urétérectomie subtotale ou radicale avec ou sans évidence des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale	841,00	10
06084	radicale avec ou sans surrénalectomie effectuée(s) dans le cadre d'une volumineuse tumeur avec thrombus s'étendant dans la veine cave inférieure jusqu'au niveau de l'oreillette droite et nécessitant le recours à une circulation extracorporelle	1 800,00	18
	NOTE : Les codes 06084 et 06200 ne peuvent être facturés avec les codes 04241 et 04248.		
06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidence des tissus graisseux et lymphatiques péri-rénaux	1 000,00	12
06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage	526,00	6
06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	329,00	5
	Transplantation rénale :		
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	1 229,90	12
	équipe de 2 chirurgiens :		

06222	temps vasculaire	441,00	12
06223	temps urologique	197,00	
	Double greffe rénale		
06092	Transplantation de deux reins durant la même séance opératoire	1790,00	18
	Néphrectomie :		
06213	chez le donneur vivant	654,15	10
	chez le donneur à coeur arrêté		
06080	avec prélèvement	536,20	10
06081	néphrectomie non complétée	250,00	10
06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	428,95	10

AVIS : Les codes de facturation **06080, 06081, 06213 et 06214** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

Réparation

06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	504,00	8
06322	Néphropexie	240,00	6
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	61,50	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8

Suture

06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	753,75	7

RÉTROPÉRITOINE

06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	705,60	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	441,00	6

AVIS : Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

URETÈRE

Incision ou extraction

06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle	200,00	5

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.

06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	413,70	5
06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère pelvien incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée) incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance	726,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec les codes 06005, 06006, 06008 et 06029 à la même séance.		
06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations urétero-vésicales et urétero-rénales	434,00	7
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 06111 à la même séance.		

Excision

06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06111	Traitement de tumeurs malignes pyélocalicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations urétero-vésicales ou urétero-rénales	434,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 06024 à la même séance.		

Réparation

06330	Urétérolyse unilatérale	360,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique « Uretère », par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance. Pour un chirurgien général ou un chirurgien vasculaire, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétropéritonéale.		
06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique « Uretère » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.		
06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie	631,00	7
06334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7

06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	7
06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
06305	par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres)	946,00	8
06315	par segment intestinal détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	329,00	8
06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	112,00	6
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	240,00	6
06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. : Procédure de Mitrofanoff)	867,00	12
06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	526,00	8

Suture

06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte	460,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.		
06350	Opération de Boari	631,00	8

VESSIE

Incision

06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	263,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.		
06013		361,00	

Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor 6

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique
« Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Cystostomie :

06020 isolée 263,00 6

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique
« Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

06023 avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : 329,00 6

électrocoagulation

excision de tumeur vésicale

extraction de calculs

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique
« Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

06025 avec implantation de stimulateur électrique 460,00 5

06017 avec cathétérisme des uretères (ne peut être facturé avec une chirurgie vésicale ou urétérale) 180,00 5

06018 Dénervation de la vessie par transsection 350,00 7

06049 Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intra-vésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané 946,00 12

06022 Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical 263,00 5

Injections thérapeutiques

06001 Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage 220,00 4

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique
« Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Excision

06159 Vésicostomie cutanée 329,00 4

Cystectomie :

06113 partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse 460,00 6

06114 partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse 631,00 8

06205 totale ou cystoprostatectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme) 736,00 12

06002	cystoprostectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	2 100,00	18
06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale	2 100,00	18
06041	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément	240,00	
06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06041, 06042, 06052 ne s'appliquent qu'aux codes 06002 et 06038.		
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	321,70	5
	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) :		
06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	228,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale à l'exception des codes 06060, 06061 ou 06247 si effectués à la même séance.		

Destruction

06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	250,00	5

Réparation

06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	526,00	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	631,00	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire		
06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 183,00	12
06336	par segment intestinal détubularisé (ex. : Studer et autres)	1 314,00	16
06277	Valve de continence, supplément par valve	206,85	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
06343	univalvulaire	631,00	15
06344	plurivalvulaire	672,00	15
06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	736,00	18

Suture

06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie	394,00	6
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	345,45	5
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie sus-pubienne	526,00	6
06403	par voie vaginale	460,00	5
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5

URÈTRE

Incision

06030	Urétrostomie externe antérieure	131,00	5
06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	200,00	6
06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Ouverture et drainage :		
06033	d'un abcès péri-urétral profond	197,00	6
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	263,00	6

Excision

06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	5
06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme)	263,00	6
06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	200,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	200,00	6
06215	Urétrectomie totale	280,00	6
06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		

Réparation

06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	6
06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
06093	Urétropexie ou bandelette de suspension chez l'homme, toute technique, avec ou sans dérivation urinaire incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétrovésicales per-	440,00	7

opératoires

Urétrolyse post-urétropexie

06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
06014	par voie vaginale	197,00	7
06136	par voie périnéale	207,05	7

NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section « Urètre » sous la rubrique « Réparation ».

Urétroplastie par voie ouverte, avec ou sans dérivation urinaire :

06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	7
06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	7
06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	7
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	7
06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	7

Correction d'incontinence urinaire

06373	par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	220,00	5
06417	par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	631,00	10
06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8

06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	550,00	5
06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	550,00	5
06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	550,00	5

NOTE : Un seul des codes 06347, 06384 et 06454 peut être facturé par un ou plusieurs urologues à la même séance.

Suture

Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire :

06366	pour rupture antérieure	197,00	5
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	8

06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	6
06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	6
06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	6
06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	504,00	6
06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	6

	Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau	60,00	6
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur	150,00	6
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur	275,00	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
	avec abaissement vaginal :		
06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	329,00	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments peut être facturé au cours d'une même chirurgie.		

R = 1 R = 2

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :		
06094	- patient de moins 2 ans;	110,00	
	- patient de 75 ans ou plus;		
	- IMC ≥ 35 ;		
	- paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadriplégie.		

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Pénis » peut être facturé à la fois par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	346,75	6
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	346,75	6
06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes	650,00	6

Excision

06127	Circoncision pour pathologie du prépuce	219,00	5
	NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.		
	Amputation :		
06119	partielle du pénis dans un cas de cancer du pénis ou de l'urètre, incluant segment d'urètre	325,00	5

06218	complète du pénis incluant urétrostomie périnéale	526,00	6
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	31,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	207,60	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes	317,20	5

Réparation

	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
06354	correction en un temps (toute technique)	200,00	5
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	600,00	6
06226	correction de chordée	263,00	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	360,00	5
	Hypospadias pénoscrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 000,00	12
06236	correction de chordée	329,00	6
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	460,00	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 500,00	18
06292	correction de chordée	361,00	6
06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	578,00	8
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 000,00	6
06379	intervention additionnelle pour correction de fistule uréthro-cutanée, une ou plusieurs	200,00	6
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
06229	sans désinsertion des corps caverneux	329,00	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale, avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans uréthroplastie	378,00	6
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	414,05	6
06095	si utilisation d'une greffe, supplément	400,00	2
	NOTE : Le code 06095 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 3 heures ou plus		
06432	pour épispadias 1 ^{er} temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale, incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
06433	pour épispadias, avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	6
06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1 183,00	18

06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale(s), entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	493,00	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « **Testicules** » peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

AVIS : *Pour les codes de facturation de la section Testicules, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit, Intervention côté gauche ou Intervention bilatérale.***

Excision

06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	200,00	6
06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	6

NOTE : Si cure de hernie associée, voir le code 05468, Système digestif

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec le code 05455 lorsque effectué du même côté à la même séance.

06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux	301,00	5
06285	Orchidopexie	450,00	5
06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	5

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.

06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	6
06388	Rupture du testicule (réparation)	200,00	6

SCROTUM

06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant	27,40	

NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux à la même séance.

AVIS : *Pour chaque intervention, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit, Intervention côté gauche ou Intervention bilatérale.**

Incision

06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal	200,00	5
06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épидидymaire, unilatérale	300,00	5
NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux à la même séance.			

AVIS : *Pour chaque intervention, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

Excision

06106	Résection partielle du scrotum	200,00	6
06107	Résection totale ou complète du scrotum	263,00	6

CANAL DÉFÉRENT

Excision

06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4

Réparation

06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	100,00	5
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
06082	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément	350,00	
NOTE: Le service médical codé 06082 est maintenu sous certaines conditions et non assuré depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales.			
06395	Vasovasostomie unilatérale	110,00	4
06444	Vasovasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
06083	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément	350,00	

NOTE: Le service médical codé 06083 est maintenu sous certaines conditions et non assuré depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales.

CORDON

Excision

06397		263,00	5

Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale

VÉSICULE SÉMINALE

Excision

06235	Vésiculectomie	604,80	5

PROSTATE

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « **Prostate** » peut être facturé à la fois par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Incision

06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (RTU)	263,00	5
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	200,00	4

Excision

Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant)

06240	sus-pubienne (1 ou 2 temps)	434,00	5
06241	rétropubienne simple	434,00	5
06242	périnéale simple	330,00	7

06243	rétropubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	1 000,00	10
06212	si faite par laparoscopie ou robotique, supplément	200,00	2

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 04244 à la même séance.

06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire	736,00	7
06247	transurétrale par électrocautérisation monopolaire ou bipolaire, laser ou électrovaporisation incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétrovésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne, mais excluant les traitements par diathermie ou thérapie	434,00	7

NOTE : Le code 06247 peut être facturé avec le code 06168 à la même séance.

06096	si morcellement de la prostate après une RTUP faite par laser, supplément	200,00	
	NOTE : Le code 06096 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 2 1/2 heures ou plus.		

06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	200,00	5

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Résection ou laser de tissu prostatique résiduel ou récidivant incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne

06060	réintervention après 1 an ou plus	434,00	7
06061	réintervention en moins d'un an	300,00	7
NOTE : Les codes 06060 et 06061 peuvent être facturés avec le code 06168 à la même séance.			
06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection transurétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	263,00	7

Brachythérapie

06053	Collaboration lors de la mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00	7

P - GYNÉCOLOGIE

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 1.

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 183,20 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée à l'annexe I du tarif sous l'onglet Q - Obstétrique.

Pour la facturation du supplément, voir le code de facturation **06945** ou **06946** sous l'onglet Q - Obstétrique.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code de facturation **06919** sous l'onglet Q - Obstétrique.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS : Voir le code de facturation **00027** à la section Obstétrique-gynécologie sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS : Voir le code de facturation **15091** à la section Obstétrique-gynécologie sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

RÈGLE 10.

SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (Mesures transitoires)

La présente règle concerne les services rendus dans le cadre des mesures transitoires et finales prévues à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée et vise ainsi uniquement les services rendus à compter du 11 novembre 2015 aux personnes assurées admissibles à ces mesures pendant la période transitoire.

10.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à une personne assurée:

1^o qui a commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation *in vitro* ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première possibilité ;

2^o qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu ;

3^o qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1^o et 2^o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

10.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente .

AVIS : Voir les codes de facturation **06962**, **06963** et **06964** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la micro-injection de spermatozoïdes ainsi que la congélation et l'entreposage d'un ou plusieurs embryons pendant une période d'un an.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente .

AVIS : Voir les codes de facturation **06965**, **06966** et **06967** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.4 L'honoraire de transfert d'embryon est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou plusieurs embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin et l'assistance à l'éclosion.

AVIS : Voir les codes de facturation **06968** et **06969** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.5 L'honoraire pour la stimulation ovarienne hors FIV est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne hors FIV peut être réclamé par patiente par cycle.

AVIS : Voir les codes de facturation **06971** et **06972** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.6 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir le code de facturation **06973** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.7 L'honoraire pour la fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme (québécoise ou canadienne) ne peut être réclamé plus d'une fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation *in vitro*.

AVIS : Voir les codes de facturation **06954**, **06955**, **06956** et **06957** sous l'onglet Q - Obstétrique.

RÈGLE 11.

SERVICE DE PROCRÉATIONS ASSISTÉE (depuis le 10 novembre 2015)

La présente règle s'applique à l'égard des services de procréation assistée prévus à la *Loi sur l'assurance maladie* et au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* et qui sont assurés à compter du 10 novembre 2015

11.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense et qui s'inscrivent à titre de services d'insémination artificielle, y compris la stimulation ovarienne, ou de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

Préservation de la fertilité

11.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code de facturation **06975** sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis à des fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la congélation d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens, selon toutes techniques, ainsi que leur entreposage pendant une période d'un an. Sont cependant exclues la micro-injection de spermatozoïdes et toutes techniques de fécondation *in vitro*, lesquelles sont des services non assurés.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code de facturation **06976** sous l'onglet Q - Obstétrique.

Insémination artificielle

11.4 L'honoraire pour la stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins d'un traitement d'insémination artificielle et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment l'hyperstimulation ovarienne, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation et l'échec de prélèvement du sperme ou d'éjaculation. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes de facturation **06993** et **06994** sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.5 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente, par cycle.

De plus, un maximum de neuf (9) inséminations artificielles peut être réclamé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif.

AVIS : Voir le code de facturation **06995** sous l'onglet Q - Obstétrique.

RÈGLE 12 ABROGÉE en date du 9 mai 2016 par la MODIFICATION 77

ÉVALUATION DE FERTILITÉ

L'évaluation de fertilité est un bilan d'infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d'au moins douze (12) mois, sauf dans des cas d'exception justifiés par des raisons médicales. Il est fait dans le but de statuer sur la fertilité et d'orienter, s'il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée.

L'honoraire de l'évaluation de fertilité est un honoraire global qui comprend l'anamnèse, l'examen clinique de la patiente et de son conjoint, la coordination du bilan paraclinique suivant et la détermination du diagnostic à la lumière des résultats de ce bilan, incluant la visite visant la transmission des résultats :

- Documentation de l'ovulation (par courbe de température basale, ou par échographie ou par mesure de la progestérone, le cas échéant);
- Mesure de la TSH;
- Dépistage du diabète ou de l'intolérance au glucose chez les patientes dont l'indice de masse corporelle est $>$ ou $=$ 30, ou chez qui un syndrome des ovaires polykystiques est soupçonné;
- Dosage de la prolactinémie, si doute clinique;
- Spermogramme avec spermocytogramme;
- Dépistage des infections transmises sexuellement;
- Évaluation de la réserve ovarienne (statut échographique et/ou hormonal);

- Évaluation de la perméabilité tubaire, par laparoscopie avec épreuve de perméabilité tubaire, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie lorsque l'ovulation est documentée et qu'un facteur d'obstruction tubaire est soupçonné;
- Évaluation de l'intégrité de la cavité utérine par échographie (entre jours 2 et 5), par hystéroscopie diagnostique, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie.

Une seule évaluation de fertilité peut être réclamée par couple, par vingt-quatre (24) mois.

AVIS : La règle 12 est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.

Utiliser les codes de facturation **15194, 15195, 15197 et 15199** ci-dessous, auparavant situés sous les sections Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B - Tarification des visites.

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250,00 \$

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHSCD / Externe).....200,00 \$

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250,00 \$

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHSCD / Externe).....200,00 \$

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes de facturation 15194, 15195, 15197 et 15199), utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme réquérant le service.

R = 1 R = 2

P - GYNÉCOLOGIE

Un supplément est payable pour les actes inclus dans le chapitre **Gynécologie** à l'exception de la section "**Vulve et orifice inférieur du vagin**" sauf pour les codes 06156, 06157 et 06158 pour les gynécologues oncologues désignés dans les cas complexes suivants : 200,00

- IMC ≥ 35 ;
- Antécédent de 3 laparotomies infra-ombilicales et plus ou syndrome adhérentiel pelvien sévère lors de chirurgie gynécologique intrapéritonéale;
- Patiente enceinte ≥ 12 semaines sauf pour les codes 06908 et 06909;
- Patiente âgée de plus de 70 ans;
- Anomalie mullérienne;
- Immunosuppression (chimiothérapie, VIH, corticothérapie);
- Paraplégie ou quadraplégie;
- Maladie transmissible par le sang;
- Hypertrophie utérine > 250 grammes.

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

Voir la Règle d'application n° 4.

06465 Un supplément est payable pour toute chirurgie de plus de 2 heures (laparotomie et/ou approche vaginale) ou de plus de 3 heures (technique laparoscopique), par 15 minutes de temps opératoire 50,00

excédentaire

AVIS : *Inscrire la durée excédentaire du temps opératoire.*

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

Incision

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie	128,50	4
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	150,00	5

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	50,00	4
06169	Condylomatose anogénitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	300,00	5
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	200,00	5
06189	Bartholinectomie	300,00	5
06466	Vestibulectomie	200,00	5
	Vulvectomy :		
06156	hémi-vulvectomy ou vulvectomy ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve	500,00	6
06157	exérèse radicale, hémi-vulvectomy ou vulvectomy radicale pour néo invasif de la vulve	1 000,00	6
06158	exérèse radicale, hémi-vulvectomy ou vulvectomy radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	967,20	12
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	200,00	5
	Plastie des grandes lèvres :		
06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	200,00	6

VAGIN

Incision

06066	Colpotomie (exploration et drainage)	250,00	5

Introduction

Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion et la visite

06074	première	80,00	5
06075	subséquente	45,00	4

maximum, une colposcopie par période de six (6) mois, par patiente, par médecin

NOTE : Les codes 06074 et 06075 ne peuvent être facturés avec le code 06058.

Règles :

1) La rémunération de la colposcopie est incluse dans celle de la visite en cabinet.

2) La première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par

médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

06249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	518,20	8
----	Caroncule urétral ou ectropion	(voir système urinaire)	
06141	Exérèse d'un septum vaginal	200,00	5
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	128,50	5

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

06400	Cystocèle (urétrocèle)	350,00	5
06405	ou rectocèle	350,00	5
06406	et rectocèle	475,00	5
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	300,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	300,00	
06427	Cure primaire de prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	400,00	5
06424	Reprise de chirurgie pour prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	500,00	5
06422	Reprise ou exérèse au bloc opératoire par voie vaginale ou abdominale sur des mèches préalablement installées pour chirurgie de prolapsus génital, incluant la reconstruction avec greffe ou lambeau	600,00	5
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	550,00	5
06420	Colposacropexie, avec bande	600,00	5
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	302,30	5
06411	Colpocléisis	400,00	5
06412	Urétropexie, toutes techniques	377,80	6
NOTE : Pour les médecins spécialistes en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie le code d'acte 06412 inclut la cystoscopie (code d'acte 00320) lorsqu'effectuée à la même séance.			
06414	Entérocele ou colpocèle par voie vaginale	400,00	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	200,00	5
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	200,00	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	735,00	10

Suture

06421	Colpopérinéorraphie (blessure non obstétricale)	200,00	5

TROMPES

Excision

06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie excluant la stérilisation unilatérale	377,80	5

06300	bilatérale	477,80	5

Réparation

06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	453,40	5
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	604,50	8
06467	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Suture

06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique)	450,00	6
06468	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	300,00	5
06451	avec avortement thérapeutique	400,00	5
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément	100,00	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 9.

OVAIRES

Excision

	Kyste ovarien, paraovarien		
06188	unilatéral	377,80	5
06469	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06201	bilatéral	477,80	5
06470	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

NOTE : Ces codes ne peuvent être facturés pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste ou pour une stérilisation.

06177	Tumeur intraligamentaire	377,80	5
	Ovariectomie		
06261	unilatérale	377,80	5
06471	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06303	bilatérale	477,80	5
06472	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	377,80	6
06473	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Réparation

Chirurgie conservatrice de l'endométriose

06299	Stade I ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	350,00	6
06288	Stade III ou IV, toutes techniques, comprenant au moins 2 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien, ovariectomie, tuboplastie, déperitonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie	604,50	8

06264	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06263	Ovariopexie	329,00	6

UTÉRUS ET COL UTÉRIN

Incision

06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	302,30	5
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	400,00	7
06474	Chirurgie de révision intra-abdominale ou vaginale suite à une complication, faite jusqu'à 5 jours postopératoires	500,00	7
06475	Exérèse de stérilet intra-abdominal, toute voie d'approche	325,00	5
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	725,40	8
06068	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	529,00	7
06072	Métroplastie (utérus septus) ou excision de synéchie ou excision de septum utérin	377,80	6

Excision conventionnelle ou au Laser

06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28)	125,00	4
06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri, excluant la thérapie cervicale diathermique (LEEP), sous anesthésie générale ou péridurale seulement	200,00	5
	Thérapie cervicale, incluant la visite		
06811	pour lésion précancéreuse de bas grade	57,20	5
06810	faite par LEEP pour lésion précancéreuse de haut grade ou de curetage endocervical anormal	110,00	4
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	42,00	5
NOTE : Les codes 06810, 06811 et 06812 ne peuvent être facturés avec le code 06058.			

06149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	425,00	5
06476	technique laroscopique, supplément	250,00	2
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	500,00	5
06154	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06178	Polypectomie simple	17,80	5
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	610,75	5
06251	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	800,00	8
06208	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	610,75	5

06164	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	800,00	10
06194	avec lymphadénectomie radicale lomboaortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	350,00	
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 003,90	12

Trachélectomie :

06267	abdominale	400,00	5
06268	vaginale	400,00	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	1 000,00	12
06231	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Paramétriectomie :

06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et paraaortiques	1 003,90	12
06294	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Exentération pelvienne :

06271	postérieure	1 929,40	18
06272	antérieure et postérieure	2 698,80	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	307,35	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir continent, supplément	660,00	
NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux codes 06271 et 06272.			

06279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche	593,70	10
NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code par le même médecin ou un médecin de la même spécialité, à la même séance , par la même incision.			

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Autre incision.

06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	712,55	5
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	763,45	5
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	712,55	5
06381	Sympathectomie présacrée	500,00	5
06477	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Introduction

06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28)	157,75	5
06460	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de moins de 3 cm, supplément	178,10	2
06462	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de 3 cm ou plus, supplément	225,00	2
06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques effectuée sans hystéroscopie diagnostique à la même séance	161,90	5
-----	Laparoscopie	(voir appareil digestif)	

Réparation

06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	396,70	7
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes	400,00	5

Manipulation

Avortement incomplet :			
06900	par extraction menstruelle	30,20	
06906	par curetage (PG-28)	178,15	4
Avortement :			
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	30,20	
06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (PG-28)	150,00	4

AVIS : *En obstétrique gynécologie, voir la Règle d'application n° 9 .*

Avortement de la 14e à la 19e semaine de grossesse inclusivement

06948	1 ^{er} temps : induction toutes méthodes	151,10	5
06949	2 ^e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28)	151,10	4
06137	Avortement par dilatation et extraction à partir de 20 semaines de grossesse, incluant la dilatation du col et l'insertion de tiges laminaires (PG-28)	302,20	7
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement ou un avortement incomplet (PG-28)	175,00	4
06924	Cerclage du col par approche vaginale chez la parturiente	200,00	5
06478	Cerclage du col par approche abdominale	475,00	7
06479	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Divers

06398	Mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone	108,00	4
06399	Exérèse d'implants de progestérone	129,50	4

Q - OBSTÉTRIQUE

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 1.

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 183,20 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet Q. Pour la facturation du supplément, voir le code de facturation **06945** ou **06946** sous le présent onglet Q.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code de facturation **06919** sous l'onglet Q -Obstétrique.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS : Voir le code de facturation **00027** à la section Obstétrique-gynécologie sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS : Voir le code de facturation **15091** à la section Obstétrique-gynécologie sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

RÈGLE 10.

SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (Mesures transitoires)

La présente règle concerne les services rendus dans le cadre des mesures transitoires et finales prévues à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée et vise ainsi uniquement les services rendus à compter du 11 novembre 2015 aux personnes assurées admissibles à ces mesures pendant la période transitoire.

10.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à une personne assurée:

1^o qui a commencé à recevoir des services de fécondation in vitro avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation in vitro ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première possibilité;

2^o qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu;

3^o qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1^o et 2^o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

-

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

10.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation

ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente .

AVIS : Voir les codes de facturation **06962, 06963 et 06964** sous le présent onglet Q.

10.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la micro-injection de spermatozoïdes ainsi que la congélation et l'entreposage d'un ou plusieurs embryons pendant une période d'un an.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente .

AVIS : Voir les codes de facturation **06965, 06966 et 06967** sous le présent onglet Q.

10.4 L'honoraire de transfert d'embryon est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou plusieurs embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin et l'assistance à l'éclosion.

AVIS : Voir les codes de facturation **06968 et 06969** sous le présent onglet Q.

10.5 L'honoraire pour la stimulation ovarienne hors FIV est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne hors FIV peut être réclamé par patiente par cycle.

AVIS : Voir les codes de facturation **06971 et 06972** sous le présent onglet Q.

10.6 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente .

AVIS : Voir le code de facturation **06973** sous le présent onglet Q.

10.7 L'honoraire pour la fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme (québécoise ou canadienne) ne peut être réclamé plus d'une fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation *in vitro*.

AVIS : Voir les codes de facturation **06954, 06955, 06956 et 06957** sous le présent onglet Q.

RÈGLE 11.

SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (depuis le 10 novembre 2015)

La présente règle s'applique à l'égard des services de procréation assistée prévus à la Loi sur l'assurance maladie et au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie et qui sont assurés à compter du 10 novembre 2015

11.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense et qui s'inscrivent à titre de services d'insémination artificielle, y compris la stimulation ovarienne, ou de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

Préservation de la fertilité

11.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code de facturation **06975** sous le présent onglet Q.

11.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis à des fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la congélation d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens, selon toutes techniques, ainsi que leur entreposage pendant une période d'un an. Sont cependant exclues la micro-injection de spermatozoïdes et toutes techniques de fécondation in vitro, lesquelles sont des services non assurés.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code de facturation **06976** sous le présent onglet Q.

Insémination artificielle

11.4 L'honoraire pour la stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins d'un traitement d'insémination artificielle et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment l'hyperstimulation ovarienne, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation et l'échec de prélèvement du sperme ou d'éjaculation. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes de facturation **06993** et **06994** sous le présent onglet Q.

11.5 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente, par cycle.

De plus, un maximum de neuf (9) inséminations artificielles peut être réclamé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif.

AVIS : Voir le code de facturation **06995** sous le présent onglet Q.

RÈGLE 12 ABROGÉE en date du 9 mai 2016 par la MODIFICATION 77

ÉVALUATION DE FERTILITÉ

L'évaluation de fertilité est un bilan d'infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d'au moins douze (12) mois, sauf dans des cas d'exception justifiés par des raisons médicales. Il est fait dans le but de statuer sur la fertilité et d'orienter, s'il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée.

L'honoraire de l'évaluation de fertilité est un honoraire global qui comprend l'anamnèse, l'examen clinique de la patiente et de son conjoint, la coordination du bilan paraclinique suivant et la détermination du diagnostic à la lumière des résultats de ce bilan, incluant la visite visant la transmission des résultats :

- Documentation de l'ovulation (par courbe de température basale, ou par échographie ou par mesure de la progestérone, le cas échéant);
- Mesure de la TSH;
- Dépistage du diabète ou de l'intolérance au glucose chez les patientes dont l'indice de masse corporelle est $>$ ou $=$ 30, ou chez qui un syndrome des ovaires polykystiques est soupçonné;
- Dosage de la prolactinémie, si doute clinique;
- Spermogramme avec spermocytogramme;
- Dépistage des infections transmises sexuellement;
- Évaluation de la réserve ovarienne (statut échographique et/ou hormonal);
- Évaluation de la perméabilité tubaire, par laparoscopie avec épreuve de perméabilité tubaire, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie lorsque l'ovulation est documentée et qu'un facteur d'obstruction tubaire est soupçonné;
- Évaluation de l'intégrité de la cavité utérine par échographie (entre jours 2 et 5), par hystéroscopie diagnostique, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie.

Une seule évaluation de fertilité peut être réclamée par couple, par vingt-quatre (24) mois.

AVIS : La présente règle est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.

Utiliser les codes de facturation **15194**, **15195**, **15197** et **15199** ci-dessous, auparavant situés sous les rubriques Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B - Tarification des visites .

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250,00 \$

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe).....200,00 \$

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250,00 \$

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe).....200,00 \$

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes de facturation 15194, 15195, 15197 et 15199), utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme requérant le service.

R = 1 R = 2

Q - OBSTÉTRIQUE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 4.

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;
- la rupture des membranes;
- le désencercelage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;
- le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne;
- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;
- le prélèvement de sang foetal in utero;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirure;
- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903	Accouchement	425,00
06097	accouchement par le siège, supplément	200,00
06919	accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	212,50
06950	accouchement vaginal après césarienne, supplément	200,00
06945	accouchement dans les cas complexes, supplément	183,20

AVIS : Pour le code de facturation **06945**, inscrire, s'il y a lieu, l'un des codes de diagnostic paraissant à l'annexe I à la fin du présent onglet Q.

06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après	200,00

06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	475,00	15
06913	Césarienne et hystérectomie	1 000,00	18
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	183,20	3

AVIS : Pour le code de facturation **06946**, inscrire, s'il y a lieu, l'un des codes de diagnostic paraissant à l'annexe I à la fin du présent onglet Q.

06937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
06098	Laparotomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 48 heures, à une séance différente	750,00	15
06099	Hystérectomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 48 heures, à une séance différente	1 000,00	18
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	425,00	

AVIS : Pour le code de facturation **06929**, inscrire l'un des diagnostics paraissant à l'annexe II à la fin du présent onglet Q.

06931	si cas complexe, supplément	183,20	

NOTE : Les codes 06929 et 06931 ne peuvent être facturés avec les codes 06903, 06912 et 06934.

NOTE : Les codes 06929 et 06931 ne peuvent être facturés avec les codes diagnostiques 664.2 et 664.3 (lacération génitale du 3^e et du 4^e degrés).

NOTE : Le code 06929 fait référence à l'Annexe II sous le présent onglet.

AVIS : Pour le code de facturation **06931**, inscrire l'un des diagnostics paraissant à l'annexe I à la fin du présent onglet Q.

06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2 ^e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail	425,00	

NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec les codes 06903, 06912 et 06929.

06940	Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants: l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.	150,00	

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un médecin de la même spécialité.

06904	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aigüe ou stabilisée, aux fins de préparation à un transfert vers une autre installation d'un établissement désigné par les parties négociantes	215,00	

NOTE : Le code 06904 n'est pas soumis aux règles de l'*Addendum 4 - Chirurgie*.

NOTE : Le code 06904 inclut tous les services médicaux effectués par le même médecin ou un médecin de même spécialité chez cette patiente le même jour sauf la naissance.

06905	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aigüe ou stabilisée, transférée d'une autre installation d'un établissement. Cet acte est facturable par l'obstétricien-gynécologue de garde à la salle d'accouchement	265,00

NOTE : Le code 06905 n'est pas soumis aux règles de l'*Addendum 4 - Chirurgie*.

NOTE : Le code 06905 inclut tous les services médicaux effectués par le même médecin ou un médecin de même spécialité chez cette patiente le même jour sauf la naissance.

NOTE : Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.

06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta ou correction d'une inversion utérine (prestation incluse dans celle de l'accouchement)	6
06918	Réparation de déchirures (prestation incluse dans celle de l'accouchement) Amniocentèse (voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	5
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	200,00
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	250,00
06928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite fœtale) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse, le cas échéant	600,00
06930	Transfusion foetale intra-utérine	800,00
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines)	54,00
Évaluation du bien-être fœtal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	30,00
06961	20 minutes et plus	60,00
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail actif d'une patiente admise par un obstétricien gynécologue, si un autre obstétricien gynécologue effectue la césarienne ou l'accouchement Maximum 1 fois par patiente, par grossesse	150,00

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

Établis- sement	cabinet	Unité
R = 1	R = 1	R = 2

PROCRÉATION ASSISTÉE

Mesures transitoires - Services médicaux maintenus sous certaines conditions et non assurés depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales prévues

par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

AVIS :

Conserver les pièces justificatives permettant de démontrer que le plan de traitement a été débuté avant le 11 novembre 2015 ainsi que le numéro d'assurance maladie de la personne qui participe avec celle qui requiert le transfert d'embryon, et ce, aux fins de vérifications ultérieures.

Stimulation ovarienne (voir règle 10.2 - addendum 6)

06962	cycle stimulé	400,00	1 120,00
06963	cycle naturel modifié	400,00	1 120,00
06964	cycle naturel	400,00	1 120,00

Prélèvement d'ovule (voir règle 10.3 - addendum 6)

06965	cycle stimulé	350,00	2 090,00	8
06966	cycle naturel modifié	350,00	2 090,00	8
06967	cycle naturel	350,00	2 090,00	8

AVIS : *Les codes de facturation relatifs au prélèvement d'ovule peuvent être demandés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.*

06954	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise (voir règle 10.7 - addendum 6)	525,00

AVIS : *Utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme requérant le service.
Conserver les pièces justificatives.*

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2

06955	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes (voir règle 10.7 - addendum 6)	738,00

AVIS : *Aux fins de facturation, utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme réquérant le service.
Conserver les informations relatives à la banque de sperme utilisée.*

Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :

- Outreach Health Services
- Can-am Cryoservices
- Repromed

06968	Transfert d'embryon frais (voir règle 10.4 - addendum 6)	150,00	1390,00	6
06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.4 - addendum 6)	150,00	1390,00	6

AVIS : *Les codes de facturation relatifs au transfert d'embryon peuvent*

être demandés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.

06970 Diagnostic préimplantatoire 180,00

AVIS : *Le code de facturation relatif au diagnostic préimplantatoire peut être demandé uniquement dans un centre hospitalier universitaire titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.*

06958 Congélation de sperme, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année 125,00

06959 Frais annuels d'entreposage de sperme ou d'embryons, et ce, à compter de la deuxième année (jusqu'au 10 novembre 2018 au plus tard) 50,00

Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.5 - addendum 6)

06971	par agents oraux	160,00	220,00
06972	par gonadotropines	225,00	310,00

Établis- sement	cabinet	Unité
R = 1	R = 1	R = 2

06973 Insémination artificielle (voir règle 10.6 - addendum 6) 150,00 325,00

06956 fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément (voir règle 10.7 - addendum 6) 525,00

AVIS : *Aux fins de facturation, utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme réquérant le service.*

fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme

06957 canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément (voir règle 10.7 - addendum 6) 738,00

AVIS : *Aux fins de facturation, utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme réquérant le service.*

Conserver les informations relatives à la banque de sperme utilisée.

Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :

- Outreach Health Services
- Can-am Cryoservices
- Repromed

Services médicaux assurés à compter du 10 novembre 2015

Insémination artificielle

Stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle (voir règle 11.4 - addendum 6)

06993	par agents oraux	160,00	220,00
06994	par gonadotropines	225,00	310,00
06995	Insémination artificielle (voir règle 11.5 - addendum 6)	150,00	325,00

Préservation de la fertilité

06975	Stimulation ovarienne (voir règle 11.2 - addendum 6)	400,00	1120,00
06976	Prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens (voir règle 11.3 - addendum 6)	350,00	1740,00 8

AVIS : *Le code de facturation relatif au prélèvement d'ovules peut être demandés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée*

06977	Congélation de sperme ou de tissus testiculaires, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année	125,00
06978	Frais annuels d'entreposage de sperme, d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens ou testiculaires à compter de la deuxième années et pour un maximum de 5 ans	50,00

ANNEXE I

AVIS : *Pour le code de facturation **06931**, **06945** ou **06946**, inscrire s'il y a lieu:*
- le code ou les codes de diagnostic médical (chiffres entre parenthèses);
- l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur au égal à 35.

ACCOUCHEMENT DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06945) ou MANŒUVRE OBSTÉTRICALE INTRAPARTUM DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06931)

CAS COMPLEXES

A) VOIE VAGINALE

CONDITIONS FOETALES :

- Présentation de la face (652.4) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)

- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale : système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES :

*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques : coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires : cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire : insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires : insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes : diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives : stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques : éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aigüe (646.7)
- Maladies gynécologiques : anomalie congénitale (654.9)
- IMC ≥ 35

*** Complications obstétricales**

- Hématomes génitaux nécessitant drainage et transfusion ou drainage nécessitant une nouvelle anesthésie générale ou régionale (664.5)
- Inversion utérine (665.2)
- Lacération génitale (du 3^e et du 4^e degré) (664.2 et 664.3)
- Rupture utérine (665.1)
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) $\geq 1\ 000$ cc à la suite d'un accouchement vaginal (666.0 à 666.3, 666.9)
- Utilisation du ballon compressif intra-utérin (6747)

*** Autres**

- Séquelles de spina bifida (741.9), polios (045.9)
- Cancer génital (184.9)
- Multiparité (plus que 5) (659.4)
- IMC ≥ 35
- Patiente ≥ 40 ans

B) CÉSARIENNE (acte codé 06946)

CONDITIONS FOETALES :

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2 500 g) (656.5)
- Procidence du cordon (663.0, 663.2, 663.3, 663.9, 762.4)

CONDITIONS AU NIVEAU DU PLACENTA :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Placenta praevia (641.1)

CONDITIONS MATERNELLES :

- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aiguë (646.7)
- IMC ≥ 35
- Multiples césariennes (3 césariennes antérieures ou plus) (6501)
- Patiente ≥ 40 ans

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

- Rupture utérine (665.1)
- Échec d'AVAC (6745)
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) $\geq 1\,500$ cc à la suite d'une césarienne (666.0 à 666.3, 666.9).
- Ligature de B-Lynch (6746)
- Utilisation du ballon compressif intra-utérin (6747)

ANNEXE II

HONORAIRES GLOBALS DE MANOEUVRE OBSTÉTRICALE INTRA-PARTUM (acte codé 06929)

- Application de forceps ou ventouse (6695)
- Manoeuvre nécessitée par une dystocie de l'épaule (6604)
- Extraction manuelle du placenta pour placenta retenu (6670, 6671, 6679)
- Réparation de déchirures cervico-vaginales (de 5 cm ou plus) (6654)
- Réparation de déchirures du 3^e (6642) ou du 4^e degré (6643)
- Révision utérine pour hémorragie (6660)
- Manoeuvre nécessitée par l'accouchement d'un siège ou d'un deuxième jumeau (6513)

R = 1 R = 2

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent.**

INTRODUCTION

06310 Implantation sous-cutanée de substance hormonale

28,00

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

THYROÏDE

Incision

06076	Drainage d'abcès : soins complets	63,85	4

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	141,95	5
06151	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	630,00	8
06152	Hémithyroïdectomie (lobectomie)	553,55	6
06133	par approche endoscopique, supplément	150,00	2
06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	193,75	5
06180	Excision de nodule solitaire	375,55	5
06280	Thyroïdectomie totale	798,40	8
06134	par approche endoscopique, supplément	150,00	2
06281	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	830,30	8
06282	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intrathoracique	987,85	8
06284	Thyroïdectomie totale ou subtotale avec résection localisée des ganglions cervicaux, le cas échéant	941,00	10

PARATHYROÏDE

Exploration et/ou excision :

06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	683,30	10
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	656,25	10
06135	par approche endoscopique, supplément	150,00	
06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément	116,25	

SURRÉNALES

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau de la surrénale contralatérale à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie réalisée au niveau de la surrénale contralatérale à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale.**

06182	Surrénalectomie unilatérale	630,00	15

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.*

07830	Monitoring per-opératoire de l'intégrité des nerfs crâniens ou périphériques (pour neurochirurgien seulement), supplément	232,60
07831	Toute réintervention effectuée au même site au-delà de 30 jours suivant l'intervention initiale, sauf si déjà prévue au tarif, supplément (pour neurochirurgien seulement) NOTE : Le code 07831 peut aussi être facturé avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique ainsi qu'avec le code 04710.	257,20
07742	Si utilisation de la robotique et/ou IRM per-opératoire, supplément	200,00
07817	Si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien, supplément NOTE : Les codes 07817, 07702, 07706 et 07842 sont mutuellement exclusifs. NOTE : Le code 07817 est facturable seulement avec les codes 07644, 07674, 07767, 07768, 07770, 07771, 07773 et 07774.	230,95

CRÂNE & ENCÉPHALE

Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation donnent droit à un supplément

07702	chirurgie crano-encéphalique, supplément NOTE : Les codes 07702, 07706, 07842 et 07817 sont mutuellement exclusifs.	222,70
07703	Si chirurgie effectuée par le neurochirurgien chez un patient conscient pour cartographie corticale fonctionnelle, supplément	224,35
07743	Si ostéotomie orbito-zygomatique, supplément	200,00

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

Sus-tentorielles :

07520	Lésions des ventricules latéraux	1 745,80	18
07521	Lésions du III ^e ventricule	2 010,60	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux et corps calleux)	1 885,00	18
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : crano-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	2 245,45	18
07524	Lésions de la région pinéale	2 261,50	18

07525	Lésions de la voûte du crâne	624,25	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 507,25	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 381,75	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	564,70	10

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 621,20	18
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses Tumeur du tronc cérébral	1 758,25	18
07531	biopsie seulement	1 632,80	18
07532	exérèse 50 % et plus Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur	2 763,55	18
07533	5 cm ou moins	1 996,25	18
07534	plus de 5 cm	2 763,55	18
07832	si mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral, supplément	1 122,60	

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :

07535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 371,95	18
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 444,45	18
07537	craneo-pharyngiomes	1 515,20	18
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 206,80	18
07539	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	313,70	

Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :

07540	Stade A	1 507,25	18
07541	Stade B	1 745,80	18
07542	Stade C & D (géants)	1 996,25	18
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 434,15	18
07544	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	313,70	

07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	2 261,50	18
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 738,10	18
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 434,65	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 496,50	18
07549	1/3 interne	1 882,00	18

07550	Lésions du Clivus	2 646,25	18
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	2 261,50	18
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 741,20	18
07553	supratentorielles	1 758,25	18
07554	combinées	2 763,55	18
07555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	2 245,45	18
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 763,55	18
07000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	228,90	12

NOTE: Le service médical codé **07000** est réservé aux médecins spécialistes en neurochirurgie au CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

Lésions infectieuses & parasitaires

Sus-tentorielles :

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 371,95	18
07558	sous-durales	879,80	18
07559	épidurales	873,50	18
07560	Exérèse de volet infecté et /ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	624,25	12
07561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	580,70	12
07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	564,70	10

Sous-tentorielles :

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 632,80	18
07564	sous-durales	1 008,10	18
07565	épidurales	1 130,80	18
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	909,60	15
07567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	840,20	15
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	783,70	15

Lésions vasculaires

NOTE : Définition des grades

on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :

NOTE : a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1

NOTE : moyen (3 à 6 cm) 2

NOTE : large (plus de 6 cm) 3

NOTE : b) cerveau éloquent : non..... 0

NOTE : oui..... 1

NOTE : c) composante vasculaire profonde : non.... 0

NOTE : oui..... 1

Sus-tentorielles :

Cure d'anévrisme (pour neurochirurgien seulement) :

07570	premier, quelle que soit sa morphologie	2 010,60	18
07599	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément	502,00	

AVIS : *Inscrire le nombre d'anévrismes additionnels.*

07573	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	527,45	
07744	si anévrisme rompu par craniotomie, supplément	200,00	

Cure de malformation artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :

07574	grade 1	1 758,25	18
07575	grade 2	2 110,35	18
07576	grade 3	2 462,55	18
07577	grade 4	2 598,75	18
07578	grade 5	2 822,10	18

07579	Cure de fistule artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 256,30	18

Évacuation d'hématome intracérébral, autre que traumatique :

07580	par craniotomie	1 152,55	15
07581	par trépanation ou craniectomie et aspiration	502,00	10

07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 381,75	18

07583	Cure de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 903,10	18

07833	Craniotomie de décompression avec duroplastie d'expansion pour AVC	1 046,80	18

Sous-tentorielles :

Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire

07511	premier, quelle que soit sa morphologie	2 512,45	18
07512	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément	463,65	

AVIS : *Inscrire le nombre d'anévrismes additionnels.*

07001	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	673,05	
Craniotomie pour malformation artérioveineuse :			
07585	grade 1	1 939,00	18
07586	grade 2	2 361,30	18
07587	grade 3	2 713,45	18
07588	grade 4	3 065,75	18
07589	grade 5	3 045,90	18
07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 256,30	18
07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 654,70	18
07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 758,25	18
07834	Craniotomie de décompression avec duroplastie d'expansion pour AVC	1 046,80	18

Lésions vasculaires cervicales

07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	1 130,80	18
<i>NOTE</i> : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.			

Lésions traumatiques

07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	1 247,35	18
07596	avec reconstruction cranio-orbitaire dans la même séance, supplément	251,05	
----	Trépanation simple	(voir diagnostics thérapeutiques)	Procédés et
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatérale	748,85	15
07598	bilatérale	1 130,80	18

Liquide céphalo-rachidien

Dérivation interne :

07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	686,50	15
07613	Dérivation ventriculaire double en Y	873,50	15
07513	Programmation de la pression d'ouverture d'une valve de dérivation ventriculaire	76,90	

Révision d'une dérivation :

07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	600,00	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	935,75	

			15
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	435,95	10
<i>Autres procédures :</i>			
07620	Endoscopie ventriculaire	879,80	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	211,45	
07745	avec fenestration comprenant ventriculostomie et/ou septostomie et/ou kystostomie, supplément	205,50	
07621	Torkildsen	615,95	15
07622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	313,70	8
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	628,70	12
07624	bilatérale	727,90	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	628,70	12
07626	infratentorielle	691,40	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	560,10	15
07628	infratentorielle	616,40	15
<i>Malformation congénitale cranio-encéphalique</i>			
Crâne :			
	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	727,90	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	972,20	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 621,20	18
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple	848,50	15
Méninges & Encéphale :			
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	859,85	18
07635	infratentorielle	845,90	18
07636	base du crâne	998,75	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel	1 005,20	18
07638	infratentoriel	1 130,80	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	279,70	12
07640	par craniotomie	616,40	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 632,80	18

Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :

07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	313,70	8
	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie:		
07652	corticale & sous-corticale	1 695,50	18
07653	thalamique et/ou des noyaux gris centraux	1 885,00	18
07654	si plus de 3 cm, supplément	251,05	
07746	Radiochirurgie sans cadre incluant la rencontre préopératoire effectuée le même jour, l'utilisation du logiciel de dosimétrie par le neurochirurgien avec consignation au dossier, ainsi que le suivi postopératoire immédiat	300,00	12

Installation du cadre

07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	188,30	
07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	879,80	15
07644	chirurgie stéréotaxique pour mouvements anormaux, spasticité, rigidité, douleur, épilepsie ou troubles psychiatriques, avec installation d'électrodes cérébrales permanentes, ou par lésion cérébrale, incluant le cas échéant la technique de localisation et la macrostimulation	1 632,80	18
07645	si lésions bilatérales ou implantation d'électrodes bilatérales, supplément	439,10	
	micro-enregistrement neuronal lors d'une chirurgie stéréotaxique pour implantation d'électrodes ou réalisation de lésions incluant la neurostimulation		
07835	unilatéral, supplément	232,60	
07836	bilatéral, supplément	465,30	
07837	implantation d'un neurostimulateur pour électrodes cérébrales permanentes	581,55	12
	exploration stéréotaxique d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
07646	unilatérale	1 091,40	18
07647	bilatérale	1 507,25	18
	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation :		
07648	externe	748,85	12
07747	si traitement de deux (2) lésions ou plus à la même séance, supplément	200,00	
07649	interstitielle	1 008,10	18
07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	1 130,80	18
07651	implantation stéréotaxique de tissu vivant incluant la technique de localisation	763,00	18

Neurochirurgie de l'épilepsie

07655	Exérèse corticale focale	1 130,80	18
07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 632,80	18
07657	Lobectomie	1 508,15	18
	Callosotomie		
07658	partielle	1 450,55	18

07659	totale	1 700,00	18
07660	Hémisphérectomie	2 320,75	18
	Insertion d'électrodes		
07661	épidurales	279,70	6
07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	107,90	
07663	au trou ovale	289,80	6
07664	sous-durales par craniotomie	1 450,55	12
07665	Transection sous-piale	1 243,30	18
07700	Utilisation per-opératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	210,15	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux codes 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		
07004	Mise en place ou exérèse complète d'un stimulateur du nerf vague	826,50	12

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

Anastomose d'un nerf crânien :

	intracrânien		
07667	avec greffe	1 080,10	18
07668	sans greffe	972,20	18
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
07669	avec greffe	360,25	
07670	sans greffe	234,80	
	extracrânien :		
07671	avec greffe	1 165,40	15
07672	sans greffe	794,65	15
07673	Section du XI dans le cou	229,60	8
07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser	605,90	12
07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 381,75	18
07838	Mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral (pour neurochirurgien seulement)	2 073,80	18

Chirurgie du nerf facial

Décompression :

07600	portions mastoïdienne et tympanique	539,40	8
07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	240,35	
07602	par fosse moyenne	842,05	18
07603	totale	1 242,15	18
07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	233,95	
07605	anastomose, supplément	108,00	

07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	282,50	
	Réparation :		
07607	anastomose XII - VII	812,70	18
07608	avec greffe incluant prise de greffon	1 077,50	18

Divers

	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	447,50	15
07678	sous-occipitale	588,20	15
	Cranioplastie :		
07679	acrylique ou métal ou repose du volet	748,85	12
07680	avec reconstruction osseuse autogène	1 039,35	18
07682	Révision de la craniotomie faite antérieurement par un neurochirurgien pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	998,10	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	1 202,95	18
07699	si faite par voie endonasale	451,50	15
07683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	294,00	10

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

	Lorsqu'une greffe est effectuée par le neurochirurgien, l'un ou l'autre des suppléments suivants peut être facturé :		
07839	greffe seule, supplément	290,70	
	greffe avec instrumentation		
07840	2 niveaux, supplément	560,85	
07704	3 niveaux, supplément	897,35	
07705	4 niveaux ou plus, supplément	1 121,70	
	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation incluant la planification pré et per-opératoire donnent droit à un supplément		
07706	chirurgie spinale, supplément	313,70	
	NOTE : Les codes 07706, 07842, 07817 et 07702 sont mutuellement exclusifs.		
07842	si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien en vue d'implantation d'instrumentation spinale, supplément	230,95	
	NOTE : Les codes 07842, 07817, 07702 et 07706 sont mutuellement exclusifs.		
07707	si chirurgie de la jonction crano-cervicale (impliquant l'occiput, C1 ou C2) effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	897,35	
07708	si chirurgie de la jonction lombo-sacrée effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	448,65	
07748	si chirurgie de la jonction cervico-dorsale effectuée par le neurochirurgien avec greffe et	400,00	

instrumentation, supplément

NOTE : Les codes 07707, 07708 et 07748 peuvent aussi être facturés avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique.

Tumorale

Exérèse de lésion tumorale épidurale

07684	par voie postérieure	1 190,05	15
07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	1 256,30	18
Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :			
07686	un à quatre métamères	1 496,50	18
07687	plus de quatre métamères	2 512,45	18
Exérèse chirurgicale totale ou subtotal de la lésion intramédullaire :			
07688	un à quatre métamères	1 885,00	18
07689	plus de quatre métamères	3 141,35	18
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	1 130,80	18
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	2 512,45	18
07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	2 512,45	18

Dégénérative et traumatique

07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	1 017,25	15
07701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement	1 036,10	15
07843	Cyphoplastie percutanée incluant, le cas échéant, l'approche bipédiculaire, l'utilisation du ballonnet, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment	653,20	12

Lésions vasculaires

07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	935,75	15
Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :			
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 885,00	18
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	3 141,35	18
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 885,00	18

07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	1 190,05	15

Lésions infectieuses

07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	1 042,40	15
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 392,20	15
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	1 160,45	15
07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 680,50	18

Malformations congénitales du rachis & moelle épinière

Rachis :

Résection de l'odontoïde par approche transorale pour décompression du tronc cérébral et de la moelle cervicale incluant la trachéotomie

07718	temps du neurochirurgien	1 636,40	18
07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	473,40	
07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	125,70	
07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	531,50	
07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	447,50	10

Méninges :

Réparation de méningocèle cervicale :

07723	antérieure	1 295,90	18
07724	postérieure	909,60	15

Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :

07725	antérieure	1 507,25	18
07726	postérieure	882,20	15

Réparation de méningocèle sacrée :

07727	antérieure	1 120,00	18
07728	postérieure	801,35	15

Réparation de méningocèle intraspinale

07729	(kyste extradural)	1 056,10	15

Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien

07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	415,80	15
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	736,70	15

Moelle épinière et queue de cheval :

07730	Réparation de myéломéningocèle	1 256,30	18
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural	895,55	15
07732	deux sacs durs	1 632,80	18

07733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	210,55	
	Traitement de moelle ancrée :		
07734	première intervention	935,75	15
07735	réintervention	1 267,80	18
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		
07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	1 130,80	18
07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	1 130,80	18
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 381,75	18
07005	avec myéloscopie, supplément	222,50	
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	201,20	8

Neurochirurgie fonctionnelle

Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :

rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et la foraminotomie :

07751	une racine	812,60	15
07752	chaque racine additionnelle	58,10	

AVIS : *Inscrire le nombre de racines additionnelles.*

07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	966,90	15
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	88,00	

AVIS : *Inscrire la durée supplémentaire de la chirurgie.*

rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :

07755	une racine	696,00	12
07756	chaque racine additionnelle	140,60	

AVIS : *Inscrire le nombre de racines additionnelles.*

07761	traitement chirurgical du torticolis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramiscectomies unilatérales ou bilatérales	1 437,25	15

Cordotomie ou myélotomie :

07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	896,20	15
07762	tractotomie trigéminal ouverte	864,30	15
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	447,50	10
	rhizotomie postérieure :		
07764	une ou deux racines	109,00	10
07765	trois racines ou plus	147,00	
07766	tractotomie trigéminal	469,90	15

Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :

07767	implantation d'électrodes par laminectomie	601,65	12
07768	implantation d'électrodes percutanées	329,70	8
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	430,85	6
	implantation de cathéter :		
07770	percutané (PG-28)	334,15	6
07771	par laminectomie	601,65	12
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	54,75	6
07773	Révision du neurostimulateur ou des électrodes ou révision de la pompe à perfusion ou du cathéter	373,75	7
07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	63,60	
07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant la visite effectuée à la même séance Maximum 1 par trois mois, par patient	69,25	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (PG-28)	217,95	6
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	173,25	6
07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	140,60	6
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	376,00	10
07214	périaortique	82,00	6
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	308,45	8
07220	lombaire : unilatérale	300,30	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	60,90	
07208	bilatérale, supplément	88,20	
----	présacrée	(voir Gynécologie utérus et col utérin)	
07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (PG-28)	166,55	5
07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	183,75	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
07772	Décompression-neurolyse du nerf cubital au coude, avec ostéotomie de l'épitrachée humérale (PG-28)	462,00	6
07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	126,00	5
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	100,60	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	168,70	5
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	113,20	5
07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	78,75	5
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	525,00	12
07469	dissection sus-claviculaire	525,00	12
07787	dissection sus et sous-claviculaire	1 040,00	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
07788	chaque anastomose, supplément	225,70	3
	<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre d'anastomoses.		
07789	chaque greffe, supplément	384,20	3
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 977,30	
	NOTE : En anesthésiologie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre de greffes.		
07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 542,95	18
	Plexus lombo-sacré		
07010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 542,95	18
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	197,40	6
07473	Greffé nerveuse d'un nerf majeur sous microscope, incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	735,00	12
07474	Greffé nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	598,00	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur (PG-28)	653,90	10
07798	nerf mineur (PG-28)	413,60	8
	Greffé nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	300,00	8
07476	nerf mineur	210,00	7
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	491,85	12
07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	155,00	6
07799	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (PG-28)	115,50	7

Divers

07011		413,20	

	Rhizotomie percutanée ou traitement pour lésion facettaire (excluant les blocs), toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux		10
	Thermoplastie annulaire intradiscscale électrothermale, toutes techniques		
07845	un niveau	496,10	10
07846	niveau additionnel (maximum un)	330,80	
	Nucléoplastie intradiscscale percutanée ou décompression intradiscscale percutanée sous scopie		
07847	un niveau	495,90	10
07848	niveau additionnel (maximum un)	330,80	
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	350,00	8
		R = 1	R = 2

T - APPAREIL VISUEL

Selon la Règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %.

Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90%.

AVIS : Pour tous les codes de facturation de la section Appareil visuel, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit, Intervention côté gauche ou Intervention bilatérale.**

AVIS : Pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale, utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.**

Pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil, lors d'une chirurgie bilatérale, effectuée à la même séance, utiliser l'élément de contexte **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.**

AVIS : Selon la règle 8.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 %, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, d'un examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente.**

Pour une situation d'urgence, un examen de tomographie optique du globe oculaire ou une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique, utiliser les éléments de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente et Soins d'urgence.**

AVIS : Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte **Site différent.**

07084 Pour tous les actes de l'onglet T, si effectués sous anesthésie générale, supplément 100,00

NOTE : Un seul supplément par séance. Ce supplément ne s'applique pas chez un patient de 0 à 10 ans.

GLOBE OCULAIRE

07045	Goniotomie incisionnelle	597,70	6
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil et ne peut être facturé pour l'implantation de tuteur trabéculaire (codes 07819 et 07820) ou pour un traitement au laser dans l'angle (code 07802) à la même séance.		
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma	362,50	6
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		
07085	Reformation d'une chambre antérieure plate post chirurgie	300,00	6
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		
	Énucléation :		
07133	simple	455,70	5
07134	avec mise en place d'implant	745,75	5
	Éviscération :		
07136	avec mise en place d'implant	745,75	5
07356	Implantation secondaire	745,75	5
07361	Réparation de bulle de filtration	445,65	6
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		
07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie, avec ou sans express shunt ou équivalent	674,35	7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec une chirurgie non pénétrante du glaucome (codes 07086, 07087, 07088).		
07122	si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	
	Chirurgie non pénétrante du glaucome		
07086	avec sclérectomie profonde non pénétrante	750,00	8
07087	si canaloplastie, supplément	125,00	
07088	si sclérostomie postérieure, supplément	50,00	
	NOTE : Le code 07086 ne peut être facturé avec les codes 07237 et 07048 au même œil, à la même séance.		
07800	Mise en place d'un implant de drainage de glaucome (seton) avec ou sans greffe sclérale avec ou sans trabéculectomie excluant express shunt ou équivalent	846,20	8
07089	si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	

07809	Lyse de suture faite au laser dans les six mois suivant une trabéculéctomie	63,00	4
07818	Suture transconjonctivale dans le traitement de l'hyperfiltration suite à une chirurgie filtrante	218,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		

07123	Exérèse d'un implant de drainage de glaucome (seton) excluant express shunt ou équivalent, avec ou sans greffe de conjonctive	800,00	5

CORNÉE

07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	140,35	5
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	partielle	247,55	6
07193	totale	396,10	6
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	247,55	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	372,90	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	372,90	6
07364	Greffe de cornée	975,00	8
07090	dissection pour DALK (kéroplastie lamellaire antérieure profonde), supplément	400,00	
07091	kératoprothèse, supplément	400,00	
07092	préparation et découpage du bouton endothélial à partir d'un greffon brut ou préparation et découpage de la membrane de Descemet pour DMEK (kéroplastie endothéliale par membrane de Descemet), supplément	200,00	
07093	greffe chez un patient de 10 ans et plus et de moins de 18 ans, supplément	200,00	2
07094	Repositionnement du greffon endothélial par bulle d'air	370,00	6
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.		

07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	337,10	6
	Kératectomie ou incisions relaxantes pour astigmatisme de plus de 3,00 dioptries mesurée au plan cornéen dans les cas suivants:		
07141	- post-greffe de la cornée - post-cicatrice traumatique de la cornée - post-pathologie cornéenne - post-chirurgie cornéenne non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée	337,10	6
07095	Kératectomie effectuée par laser dans le cas d'une anisométrie de plus de 5,00 dioptries mesurée au plan cornéen entraînant un déficit fonctionnel de la vision et non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée	350,00	6

NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est requise.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

07080	Réticulation (cross linking) de la cornée aux rayons UVA pour le traitement des ectasies, des infections et des inflammations de la cornée, incluant la kératectomie	350,00	6
07803	Curetage et/ou cautérisation	57,30	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	57,55	4
07143	Pose de membrane amniotique pour le traitement de pathologie du segment antérieur de la cornée ou de la conjonctive	225,65	5
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	430,90	6
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	985,95	8

SCLÉROTIQUE

07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	440,00	5
07368	Grefe sclérale	609,25	7
07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale	245,95	6

IRIS ET CORPS CILIAIRE

07801	Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie	168,55	6

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07802	Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie	202,25	5

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

Implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs

07819	dans un œil phake	450,00	6
07820	dans un œil pseudophake	350,00	6

NOTE : Les codes 07819 et 07820 ne peuvent être facturés avec le code 07045, à la même séance.

07144	Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant	394,90	6
07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	627,20	7
07814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra-oculaires	364,65	7

AVIS : Pour les codes de facturation **07814**, **07051** et **07052**, voir la Règle d'application n° 3.

07051	Sphinctérotomie	323,20	5
07052	Synéctotomie irienne (corélyse)	364,65	5

07169	Excision lésion irienne avec spécimen pour pathologie	528,80	5
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	932,55	6
07137	Iridectomie périphérique ou complète	364,65	6

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07372	Iridodialyse (réparation)	513,70	5
07812	Cyclodestruction par laser, cryothérapie ou diathermie	240,30	6

CRISTALLIN

07235	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilatateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,60	
	Cataracte, incluant les iridectomies :		
07261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal	325,00	2
07821	si implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs, à la même séance, supplément	220,00	
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	445,70	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément	225,65	
	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée :		
07263	manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	245,95	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	445,70	6
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire, cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure	325,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	828,55	7
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	140,45	5

CORPS VITRÉ

07236	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilatateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,80	
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	298,30	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie	314,65	6
07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction	125,00	5

AVIS : Pour les codes de facturation **07330** et **07331**, voir la Règle d'application n° 3.

Dans le cas d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre des traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, de l'œdème maculaire causé par une occlusion veineuse, de l'œdème maculaire diabétique, de la rétinopathie du prématuré, de la myopie pathologique, du glaucome néovasculaire et de la rétinopathie diabétique néovasculaire

(Lettre d'entente n° 183) (pour ophtalmologiste seulement).

Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique et injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique réalisés en clinique médicale

07035	premier oeil, supplément	94,95	
07036	deuxième oeil à la même séance, supplément	25,00	
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale ou à l'hôpital		
07056	pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital	15,00	
	pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale		
07057	premier oeil, supplément	49,95	
07058	deuxième oeil à la même séance, supplément	25,00	
07059	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé en clinique médicale et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite à l'hôpital	45,00	
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, et qui ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (pour ophtalmologiste seulement)		
07037	réalisé en clinique médicale	45,00	
07060	réalisé à l'hôpital	15,00	
	NOTE : Selon conditions et maximum prévus à la Lettre d'entente n° 183		

07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	768,65	8
07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épirétiennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	884,00	10
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	285,65	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	438,10	5

RÉTINE

Réparation

Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :

07298	superficiel	248,55	4
07299	profond	363,15	6

07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbène ou autre)	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure	348,05	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intra-vitréens :		
07408	première intervention	894,95	8
07409	intervention subséquente incluant toutes techniques	994,30	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale:		
07310	tumeur	397,70	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	745,75	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt	364,65	6
07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé	238,05	5
07303	Photocoagulation au laser ou autre procédé pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)	775,65	8
 <u>AVIS :</u> La facturation de l'acte codifié 07303 est permise seulement pour les médecins désignés par les parties négociantes.			
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	256,90	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive)	397,70	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical	497,55	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	515,05	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	538,05	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	576,55	7

Supplément pour muscle additionnel

07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles)	176,05	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	184,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	192,15	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles)	207,60	

AVIS : Pour les codes de facturation **07230, 07231, 07232 et 07233**, inscrire le nombre de muscles additionnels.

NOTE : Les codes 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	538,05	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	515,05	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	535,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	169,15	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	327,60	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion Orbitotomie latérale (Kronlein)	337,10	6
07281	décompression	660,20	7
07282	tumeur	990,30	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	409,50	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	697,80	10
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	660,20	7

Exentération simple :

07242	sans greffe	715,80	6
07243	avec greffe	1 128,25	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	335,35	5

NOTE : Ne peut être réclamer avec une réduction de fracture de l'orbite.

07379	Réduction de fracture de l'orbite	361,05	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre « Appareil lacrymal »)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	13,50	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	53,55	4

Excision

07173	Chalazion (PG-28)	63,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	126,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	508,35	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale	198,10	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
07174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28) NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma	45,55	5
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28)	427,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	363,15	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	437,30	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	762,35	8
07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie	57,30	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	363,15	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	528,15	6
07813	cautérisation (incluant l'examen)	57,30	

Réparation

07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	427,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	874,80	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28)	252,85	6

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Ptose :

07394	suspension au frontal	602,40	6
07385	fasanella ou autre technique	247,55	6
07395	résection du releveur (PG-28)	503,40	6
07396	réintervention	594,20	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	255,90	6

Lacération de la paupière :

07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28)	198,10	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	478,70	6

07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	239,35	6

CILS

07418	Électrolyse ou cryothérapie	57,30	5

Trichiasis localisé :

07402	opération par résection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière	310,25	5

07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	497,20	5

CONJONCTIVE

07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	57,55	4

Excision de tumeur :

07175	bénigne ou kyste ou conjonctivo-chalazis	57,30	5

07179	maligne, excision simple	292,15	6

07180	maligne, excision avec greffe	579,20	6

07405	Plastie conjonctivale avec greffe	381,10	6

07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	112,85	4

Symblépharon :

07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	363,15	5

07407	excision avec greffe	514,85	7

Réparation de plaie traumatique :

07433	suture simple de la conjonctive	57,30	5

07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	399,70	6

07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	218,80	6

APPAREIL LACRYMAL

07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	123,85	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	128,75	4
07252	Dacryocystectomie	602,40	6
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	759,25	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	107,75	4
07054	ectropion	107,75	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	28,10	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4)	44,95	4
07319	Intubation du canal lacrymal	181,60	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	107,30	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	602,40	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	595,55	7
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	716,90	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	723,40	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	47,20	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	686,55	7

CORPS ÉTRANGER

Extraction d'un corps étranger :

intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :

07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique)	513,70	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	615,65	7
07153	non magnétique	748,00	6
07159	cornéen	57,30	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	742,75	6
07204	conjonctival	16,90	5

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale	561,55	6

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même oeil.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	688,25	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	820,70	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	946,35	10
07456	Cantholyse	137,65	4

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même oeil

R = 1 R = 2

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : Pour tous les codes de facturation de la section Appareil auditif, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

AVIS : Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte **Site différent.**

OREILLE EXTERNE

Incision

07075	Hématome	56,20	5
07076	Abscès du conduit	56,20	5

Excision

07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	276,75	6
-----	Kyste :		
-----	préauriculaire	(voir système digestif)	
-----	du lobule	(voir peau et phanères)	
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	424,35	4
07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	332,10	7
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (PG-28)	33,20	4
07198	Résection partielle en pointe du pavillon de l'oreille pour pathologie, incluant peau et cartilage	110,70	4
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	273,00	5

Réparation

07424	Prauminauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	262,50	5

07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	276,75	5
	Otoplastie, reconstruction du pavillon :		
	absence totale		
07412	1 ^{er} temps :		
	reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	1 102,50	12
07415	2 ^e temps :		
	reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	525,00	4
07417	3 ^e temps :		
	reconstruction du lobule	404,25	4
	NOTE : Lorsque le 2 ^e temps ou le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, supplément 100 \$ par temps.		
----	4 ^e temps :		
	greffe cutanée	(Voir greffes libres)	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	553,55	7

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie :		
07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale (PG-28)	77,50	4
07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	211,65	5
07078	Paracentèse unilatérale (PG-28)	37,60	4
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (PG-28)	211,65	6
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	306,50	6

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non) inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé		4
07187	Polype de l'oreille moyenne	33,20	4
	Mastoïdectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	415,15	5
07259	radicale ou radicale modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	830,30	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	339,45	6
07489	avec moulage du mur du nerf facial	990,10	6
	NOTE : Les codes 07488 et 07489 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie au		

même site, à la même séance.

07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (PG-28)	33,20	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	509,20	7
07270	Reprise (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	553,55	7

Réparation

07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	55,50	4
07449	Myringoplastie simple	226,30	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	424,35	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	553,55	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	64,00	
Masto-tympanoplastie			
07491	sans reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoïdectomie radicale modifiée (PG-28)	830,30	6
07437	avec reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoïdectomie radicale modifiée (PG-28)	990,10	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	62,60	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	1 131,55	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde incluant la reconstruction du conduit auditif externe, le cas échéant	565,80	6
07439	Fenestration du canal semi-circulaire externe	553,55	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	276,75	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	424,35	7
07494	Insertion de prothèse à ancrage osseux	402,40	6
07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur, unilatérale, dans un établissement autorisé par le ministre	905,25	18

OREILLE INTERNE

Excision

07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux, en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant	1 131,55	15
07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabyrinthique	905,25	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	510,30	12

Oblitération d'un canal semi-circulaire		
07222	canal postérieur ou horizontal par voie mastoïdienne	553,55 7
07223	canal supérieur par fosse moyenne	1 410,00 12
Exérèse de tumeur glomique		
07287	approche tympanique	553,55 7
07288	approche mastoïdienne, supplément	332,10 2
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément	1 000,00 5
07266	Temporalectomie	1 107,10 12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	408,00 7
Traitement médical par injection transtympanique :		
07258	première séance	83,05
07260	chaque séance subséquente	55,50
NOTE : Les codes 07258 et 07260 ne peuvent être facturés avec les codes 07077 et 07078. Un seul des codes 07258 et 07260 est payable par jour, pour un même patient.		
Labyrinthectomie chirurgicale		
07268	par oreille moyenne	375,00 7
07269	par voie transmastoidienne	498,20 7
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	315,00 6

Introduction

07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	237,00 6

Réparation

07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	520,00 8
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	565,80 6
07481	Cochléo-sacculotomie	397,55 7

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

- Inscrire le numéro du professionnel référent ayant demandé l'examen radiologique. Si le numéro n'est pas connu, inscrire son prénom, son nom et sa profession.

- Si vous êtes également le médecin traitant, inscrire l'initiale de votre prénom, votre nom et votre propre numéro.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), sauf indication contraire aux tarifs.*

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

1.4 En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, selon l'honoraire de numérisation (R=9).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

Pour l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7), sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

Pour l'honoraire de numérisation (R=9), sont visés les laboratoires de radiologie générale visés à ce Répertoire et qui ont de plus été reconnus par les parties négociantes en vertu de l'article 4 du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

1.5 Le médecin radiologiste qui agit comme consultant d'un laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

1.6 En laboratoire, seuls les examens dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis, donnent droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.7 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 radiologiste 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 et l'introduction d'air et de barium sous contrôle fluoroscopique.

RÈGLE 6.

TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de barium approprié.

RÈGLE 7.

EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques.

Il en est de même de la tarification d'un examen de l'abdomen ou du bassin chez un patient dirigé pour un examen de la colonne lombaire.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

Ne pas fournir les indications cliniques, mais les conserver au dossier aux fins de références.

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 aux fins de références.

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 aux fins de références.

RÈGLE 11.

COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin radiologiste 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 aux fins de références.

RÈGLE 12.

BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin radiologiste qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Étude morphologique non comparative.**

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.

13.2 On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

Ne pas fournir les indications cliniques, mais les conserver au dossier aux fins de références.

RÈGLE 14.

SUBSTANCES DE CONTRASTE

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

RÈGLE 15.

ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

15.1 On accorde un supplément de 36,80 \$ au médecin radiologiste 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 : Pour facturer le supplément de 36,80 \$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code de facturation **09222** ou pour facturer celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code de facturation **09299**. Indiquer le lieu de dispensation ainsi que le secteur d'activité relié au code de facturation réclamé.

15.2 Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12,60 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : Pour facturer les visites, utiliser le code de facturation **09223**.

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.

CONSULTATION EXCEPTIONNELLE

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultraspecialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte. On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 35,90 \$.

AVIS : Voir le code de facturation **08240** sous l'onglet V.

RÈGLE 18.

TARIFICATION

18.1 Le médecin radiologiste 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 radiologiste 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 aux fins de références.

RÈGLE 19.

RAPPORT

19.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de facturation 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 20.

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

On accorde un supplément de 36,90 \$ au médecin radiologiste 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 : Pour facturer le supplément à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code de facturation **08279**.

RÈGLE 21.

ANGIO-IRM / ANGIO-TDM

Les examens d'angio-IRM et d'angio-TDM sont effectués à la suite d'une requête comportant obligatoirement des indications cliniques spécifiques vasculaires. Il s'agit d'une étude angiographique, par tomodensitométrie ou par résonance magnétique, pour fins diagnostiques. Ces examens comprennent le travail du radiologiste sur une console de reconstruction multiplanaire et ses constatations diagnostiques angiographiques des vaisseaux principaux, périphériques et tributaires.

Le médecin qui réclame le paiement des honoraires prévus pour un examen d'angio-IRM ou d'angio-TDM ne peut réclamer, pour un même patient, les honoraires d'un examen d'angioradiologie (technique ou interprétation) au cours de la même séance.

RÈGLE 22.

RÉVISION

La révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie, donne droit à un honoraire de 25 % du tarif de consultation de cet examen.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Révision avec rapport écrit à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie.**

PROTOCOLE CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

1.1 L'Annexe I de ce Protocole identifie les laboratoires de radiologie générale établis au 15 juillet 1987 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels la ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

Un laboratoire de radiologie générale dont le permis d'exploitation est cédé, demeure visé par l'Annexe 1 si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins nommés par la Fédération dont au moins deux médecins radiologistes.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déférées par le ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins de la région.

2.3 La ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

La ministre informe la fédération des permis qu'elle délivre; si elle n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, elle lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.

IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

Les gains de pratique tirés de la radiologie diagnostique sont comptés comme suit:

HONORAIRES DE CONSULTATION

3.1 Sont établies les données relatives aux honoraires de consultation: pour les départements hospitaliers; pour les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'Annexe 1; et pour les examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie spécifique dont l'exploitant est un médecin omnipraticien.

HONORAIRES DE LABORATOIRE

3.2 Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'Annexe 1.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les autres laboratoires de radiologie, en identifiant la discipline de leur exploitant.

ARTICLE 4.

HONORAIRE DE NUMÉRISATION :

RECONNAISSANCE DES LABORATOIRES

4.1 Afin de favoriser la numérisation des équipements radiologiques dans les laboratoires de radiologie générale, un honoraire de numérisation (R=9) est applicable dans les laboratoires reconnus par les parties négociantes et pour les secteurs d'activités radiologiques désignés.

À cette fin, on reconnaît trois secteurs d'activités distincts, soit la radiologie générale, la mammographie et la fluoroscopie.

4.2 Afin d'être reconnu, un laboratoire de radiologie générale identifié au répertoire prévu à l'article 1 doit satisfaire aux conditions suivantes :

- i) L'ensemble des équipements du laboratoire qui sont utilisés dans le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé doivent être numérisés ;
- ii) Pour l'honoraire de numérisation applicable dans les secteurs d'activités de la mammographie ou de la fluoroscopie, l'ensemble des équipements utilisés dans le secteur d'activités de la radiologie générale doivent également être numérisés ;
- iii) Le laboratoire doit disposer d'un PACS compatible aux normes exigées pour l'archivage des images dans le dépôt régional d'imagerie diagnostique et, via un lien réseau auquel on lui donne accès, alimenter ce dépôt régional selon ses capacités d'archivage.

Les frais du lien réseau sont à la charge du laboratoire, jusqu'à concurrence du coût du marché pour une ligne commerciale standard, tous frais excédentaires étant à la charge du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'un autre organisme qu'il désigne.

- iv) L'ensemble de l'équipement radiologique et le PACS utilisés dans le laboratoire de radiologie générale pour lequel un honoraire de numérisation est demandé (ci-après désignés les « équipements radiologiques ») doivent appartenir et profiter majoritairement à des médecins spécialistes en radiologie qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie (ci-après désignés les "médecins radiologistes").

4.2.1 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 (iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes, s'ils sont la propriété :

- i) d'un ou plusieurs médecins radiologistes; ou
- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de participation et de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société, sont détenus, directement ou indirectement, à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

4.2.2 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2.1 (ii), la détention indirecte d'une action ou d'une part sociale s'entend de la détention par le biais :

- i) d'une fiducie entre-vifs dont la totalité des droits de bénéficiaires sont détenus par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes ci-après :
 - a) un ou des médecins radiologistes;
 - b) le conjoint, des parents ou alliés d'un ou des médecins radiologistes mentionnés au sous-paragraphe a) ci-dessus;
 - c) une ou plusieurs personnes morales ou sociétés dont les actions ou parts sociales, sont détenues en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a) et/ou b) ci-dessus;
 - d) une ou plusieurs fiducies entre-vifs dont les droits de bénéficiaires sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a), b) et/ou c) ci-dessus;

Toutefois, l'acte de fiducie doit prévoir que les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales détenues par la fiducie dans, selon le cas, une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.1 ii), sont exercées exclusivement par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a).

- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a) du paragraphe i) et dont les droits de participation rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe i).

4.2.3 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont également considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes

si la détention de ceux-ci est octroyée aux personnes visées aux paragraphes 4.2.1 i) ou ii) par le biais d'un contrat de crédit bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de ces équipements.

4.2.4 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2 iv) et malgré que les conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.3 soient rencontrées, les équipements radiologiques ne sont pas considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes dans les circonstances suivantes :

- i) les fonds requis pour permettre l'acquisition des équipements radiologiques proviennent d'une source autre que les personnes visées à l'article 4.2.1, à moins que le coût de ces fonds n'excède pas le montant que représenterait les intérêts calculés sur ces fonds au taux qu'une institution financière canadienne aurait demandé pour un prêt commercial de même ampleur, en pareille circonstance;
- ii) toute entente, de quelque nature qu'elle soit, permet à des personnes autres que les médecins radiologistes, de retirer, sous quelque forme que ce soit, des sommes déraisonnables par rapport aux services rendus dans le cadre de l'exploitation du laboratoire de radiologie générale;
- iii) au cours de tout exercice financier de la personne morale ou de la société visée au paragraphe 4.2.1 ii), la moitié ou plus des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que des médecins radiologistes, de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société;
- iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragraphes a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.
- v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre de radiologie dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

Cette condition n'est toutefois pas exigée à l'égard d'un laboratoire d'imagerie médicale dont le permis correspond à un permis de laboratoire d'imagerie médicale satellite. Est ainsi considéré le laboratoire d'imagerie médicale qui constitue un point de service d'un laboratoire d'imagerie médicale principal, lequel satisfait à l'ensemble des conditions prévues au présent protocole et a préalablement été reconnu par les parties négociantes.

4.3 Le médecin spécialiste en radiologie qui souhaite obtenir la reconnaissance d'un laboratoire de radiologie générale aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation doit présenter une demande à cet effet aux parties négociantes.

Il doit indiquer le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé et fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions mentionnées à l'article 4.2 sont rencontrées.

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquelles sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.3 aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation.

Au terme de son analyse, le comité conjoint fait une recommandation aux parties négociantes.

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires de radiologie générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation ainsi que le secteur d'activités radiologiques visé.

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation dans un laboratoire et un secteur d'activités radiologiques désignés.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

PAUL DESJARDINS

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation des services rendus en laboratoire de radiologie diagnostique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes. L'identité de chaque personne assurée est essentielle.*

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).

AVIS : *Pour la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, **toujours inscrire un zéro au début du code de facturation.***
*Pour la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606), **toujours inscrire un zéro à la fin du code de facturation.***
*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent.***

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le numéro de la clinique de radiologie diagnostique ou de l'établissement où la technique a été effectuée;
*- la précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.***

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation (rôle 1) est effectuée dans un lieu différent de celui de la technique (rôle 7), vous devez demander les services sur des factures distinctes.*

TÊTE ET COU

Crâne

08010	3 incidences ou moins	27,20	12,20	15 %
08013	4 incidences ou plus	33,90	15,20	15 %
	Selle turcique			
08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,70	7,20	15 %
	Massif facial			
08123	3 incidences ou moins	20,80	9,40	15 %
08124	4 incidences ou plus	26,00	9,70	15 %
	Nez			
08031	minimum de 2 incidences	13,50	5,90	15 %
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)			
08023	minimum de 3 incidences	20,80	9,60	15 %
	Articulations temporo-maxillaires			
08024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,80	9,60	15 %
	Sinus			
08125	3 incidences ou moins	19,80	9,00	15 %
08126	4 incidences ou plus	23,70	9,40	15 %
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant			
08076	minimum de 6 incidences	26,10	13,30	15 %
	Conduit auditif interne			
08019	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,70	9,60	15 %
	Oeil			
08030	recherche de corps étrangers	13,50	8,50	15 %
08028	recherche et localisation de corps étrangers	29,10	30,30	15 %
08011	Trous optiques	15,80	8,50	15 %
08038	Région des glandes salivaires	14,70	7,50	15 %
	Tissus mous du cou			
08037	minimum de 2 incidences	12,80	7,50	15 %
08036	Étude panoramique des maxillaires	16,10	7,50	15 %
	Dents			
08034	1-2 région(s) dentaire(s)	5,90	1,70	15 %

AVIS : Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

	Céphalométrie			
08077	avec mesure des angles	18,80	30,40	15 %

COLONNE ET BASSIN

	Colonne cervicale			
08127	3 incidences ou moins	23,70	7,90	15 %
08128	4 incidences ou plus	30,40	10,50	15 %
08042	Colonne dorsale	22,60	8,30	15 %

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	26,50	8,30	15 %

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

08057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	33,30	9,20	15 %
	Colonne entière (série scoliotique)			
08053	minimum de 4 incidences	50,80	20,10	15 %
08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,70	6,70	15 %
08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	28,20	10,70	15 %
08058	Articulations sacro-iliaques	19,80	10,30	15 %
	Bassin			
08054	1 incidence	13,50	6,80	15 %

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

08056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	25,10	9,60	15 %
08055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	29,00	10,50	15 %
	NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être facturées séparément en même temps que le bassin.			

MEMBRES SUPÉRIEURS

08060	Clavicule	16,00	6,70	15 %
08075	Articulations acromio-claviculaires	19,80	10,30	15 %
08118	Articulations sterno-claviculaires	16,30	8,30	15 %
08074	Omoplate	17,70	8,30	15 %
08062	Épaule	17,60	8,30	15 %
08063	Humérus	13,50	6,70	15 %
08064	Coude	13,50	6,70	15 %
08065	Avant-bras	13,50	6,70	15 %
08066	Poignet	13,50	6,70	15 %
08067	Main	13,50	6,70	15 %
08068	Poignet et main	19,80	12,90	15 %
08069	Doigt ou pouce	10,40	5,10	15 %

MEMBRES INFÉRIEURS

	Hanche unilatérale			
08080	2 incidences ou plus	22,10	7,90	15 %

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

08083	Fémur	13,50	6,70	15 %
08084	Genou, incluant la rotule	13,50	6,70	15 %
08082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (type Télós ou autres)	40,00	15,80	15 %
08085	Jambe	13,50	6,70	15 %
08086	Cheville	13,50	6,70	15 %

Pied

08087	Tarse, calcaneum ou talon	13,50	6,70	15 %
08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,80	11,60	15 %
08090	Orteil	10,40	5,10	15 %
08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	20,50	10,30	15 %

ÉTUDES DU SQUELETTE

Étude du squelette pour âge osseux

08092	1 région (main)	13,50	9,90	15 %
08093	2 régions (main et autres)	24,30	11,20	15 %
Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région				
08280	8 incidences ou moins	54,10	25,40	15 %
08281	9 ou 10 incidences	64,20	30,70	15 %
08282	11 incidences ou plus	74,40	34,50	15 %

THORAX

08100	Poumons	19,80	9,80	15 %
08108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	45,50	12,90	60 %
Larynx, études spéciales				
08113	phonation	26,40	24,60	15 %
Hémithorax (côtes)				
08115	2 incidences ou plus	16,30	7,20	15 %
08117	Sternum	17,20	7,20	15 %

Lecteur B/ CNESST :

09943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en établissement	12,50

AVIS : *Cet acte doit être facturé sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).*

09943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet	13,50

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire le nombre de lectures.*

ABDOMEN

Abdomen

08150	simple	13,50	5,90	15 %
08152	2 incidences ou plus	21,30	8,60	15 %

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant la fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie)" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : Pour les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

08132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,00	27,50	60 %
08133	Étude du pharynx et de l'oesophage	34,00	27,50	60 %
08157	Oesophage seul (lorsque les codes 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	32,10	16,10	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	62,90	27,10	60 %
08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	67,80	32,90	60 %
08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	80,80	35,50	60 %
08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	90,80	41,50	60 %
08156	Étude du grêle seul (lorsque les 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	41,40	18,70	60 %
08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	75,40	70,70	60 %
	Colon, lavement baryté			
08149	simple contraste	65,50	21,00	60 %
08179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	59,10	92,20	60 %
08160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions)	85,80	44,50	60 %

AVIS : Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

08035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament ou modificateur pharmacologique		210,00	
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 08149, 08160, 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268 et 08269.			
08161	Cholécystographie orale		3,70	
	Cholangiographie			
08171	par tube en T, incluant l'injection	27,40	16,00	60 %
08163	per-opératoire		8,30	
08165	par infusion intraveineuse incluant l'injection	39,20	19,20	60 %
08180	Pancréatographie per-opératoire		14,20	
08182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	28,40	13,50	60 %

VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.*

	Pyélographie			
08181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	65,60	31,20	60 %
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, peu importe le lieu de dispensation.</i>			
08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	40,70	8,40	60 %
08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	32,10	25,50	60 %
08190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	52,20	32,00	60 %
08189	Vasographie - Déférentographie	20,10	6,20	60 %
08191	Kystographie rénale incluant la ponction	12,20	77,40	60 %
08198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelvigraphie	41,50	28,70	60 %

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

08192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	13,40	6,10	15 %
08193	Pelvimétrie	20,70	10,10	15 %
08197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	42,10	48,30	60 %

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Fluoroscopie diagnostique" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.*

08102	Thorax	31,00	11,70	60 %

08151	Abdomen	31,00	11,70	60 %
	Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologiste pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure			
08270	premier quart d'heure	12,10	21,20	60 %
08271	deux quarts d'heure	24,10	42,40	60 %
08272	trois quarts d'heure	36,30	63,60	60 %
08273	une heure ou plus	48,30	84,80	60 %

**EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT
UNE OU PLUSIEURS INJECTIONS
DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE
ET LA PONCTION**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement.*

L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

	Arthrographie, bursographie ou ténographie			
08114	graphie seulement	32,50	30,00	15 %
08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,20	60,10	60 %
08112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	50,00	76,80	60 %
	Bronchographie			
08109	unilatérale	30,80	53,30	60 %
08111	bilatérale	42,50	75,00	60 %
08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	37,20	23,00	60 %
08007	Cisternographie opaque	70,60	32,30	60 %
08027	Dacryocystographie	26,90	10,80	60 %
08098	Discographie, un niveau ou plus	30,90	22,10	60 %
08004	Encéphalographie	67,20	32,30	60 %
08214	Fistulographie	24,60	27,80	60 %
08201	Galactographie	37,30	55,80	60 %
08202	Kystographie mammaire	48,80	58,30	60 %
08119	Laryngogramme avec contraste opaque	65,80	63,60	60 %
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire			
08096	contraste huileux (PG-7)	78,70	30,20	60 %
08097	contraste non ionique (PG-7)	168,80	33,50	60 %
08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		57,40	
08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	64,50	107,70	60 %

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, peu importe le lieu de dispensation.

08025	Sialographie	50,50	45,80	60 %

DIVERS

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

Pour les codes de facturation 08243, 08245, 08246 et 08247, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement.

L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)				
08243	Examen initial de base	41,50	24,80	15 %
Suivi (« follow-up »):				
08245	un site	37,00	14,70	15 %
08246	deux sites ou plus	41,50	20,10	15 %
08247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,80	4,50	15 %
08006	Stéréotaxie	67,20	26,80	15 %
08232	Tomographie	57,10	17,60	15 %
08240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		35,90	

AVIS : Cet acte doit être sur la même facture que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle.

Indiquer le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

Facture de services médicaux - Médecins spécialistes:

Conserver au dossier les raisons médicales aux fins de références ultérieures.

Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), utiliser un formulaire Document complémentaire (1944) pour inscrire les raisons médicales et l'identification de la personne assurée.

08242 Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :

en établissement	11,40
en cabinet	22,80

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.

En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 8,80 \$.

AVIS : *Que ce soit en établissement ou en cabinet, 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.

MAMMOGRAPHIE

AVIS : *Aux fins de la facturation, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement.*
L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

AVIS : *Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :*

- *facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée;*
- *inscrire la date de l'interprétation comme date de service;*
- *inscrire le code d'établissement où l'interprétation a été effectuée dans la case ÉTABLISSEMENT ;*
- *inscrire un « A » dans la case C.S. ;*
- *préciser le lieu où la technique a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- *le numéro de la clinique de radiologie diagnostique ou de l'établissement où la technique a été effectuée;*
- *la précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.***

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation (rôle 1) est effectuée dans un lieu différent de celui de la technique (rôle 7), vous devez demander les services sur des factures distinctes.*

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié » ayant fait l'objet d'un processus d'agrément reconnu par les parties négociantes.

AVIS : La liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

	diagnostique avec ou sans examen clinique			
08048	unilatérale	25,40	9,50	15 %
08049	bilatérale	38,40	18,80	15 %
	clichés supplémentaires			
08072	unilatéral	23,40	8,70	15 %
08073	bilatéral	38,40	17,50	15 %

de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an

NOTE : Les services médicaux « Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale » (codes 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (centre de dépistage désigné, CDD).

	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
08078	unilatérale	25,40	8,70	15 %
08079	bilatérale	38,40	17,50	15 %

AVIS : Pour les codes de facturation **08078** et **08079**, la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

08081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente n° 107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
08103	unilatéral	23,40	8,70	15 %
08104	bilatéral	38,40	17,50	15 %

AVIS : Pour les codes de facturation **08103** et **08104**, la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an.

NOTE : Les services médicaux « Mammographies de dépistage, unilatérale ou

bilatérale » (codes 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (centre de dépistage désigné, CDD).

	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
08134	unilatérale	25,40	8,70	15 %
08135	bilatérale	38,40	17,50	15 %
	clichés supplémentaires			
08129	unilatéral	23,40	8,70	15 %
08130	bilatéral	38,40	17,50	15 %

AVIS : Pour les codes de facturation **08134, 08135, 08129 et 08130**, la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

08099	radiographie d'une pièce biopsique	23,40	5,70	15 %

08144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé CRID pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc.		59,80	

AVIS : La liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.

	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
08145	unilatérale		8,60	
08146	bilatérale		17,40	

R = 7 R = 1

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par un médecin radiologiste ou chirurgien vasculaire et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes de facturation sous les titres **Angioradiologie technique et**

Angioradiologie interprétation.

- Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *L'identification de la personne assurée est obligatoire.*

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes de facturation sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).

AVIS : *Lorsque le chirurgien vasculaire exécute la technique :*

- Utiliser les codes de facturation sous les titres **Angioradiologie technique**.
Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
L'identification de la personne assurée est obligatoire.

ANGIORADIOLOGIE

08433	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique avec rapport au dossier	68,60
	NOTE : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.	
	NOTE : Le code 08433 ne peut être facturé avec les codes 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.	

(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 10 ans.

08401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	110,70
08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	101,70
08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	53,10
08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	66,40

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	17,10
	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.	

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

08405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	44,20
08406	Lymphographie unilatérale	55,30
08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,70

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

08408	non sélective	33,20
08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	33,20

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

sélective avec quantification par moyen objectif:

08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	14,90

AVIS : *Inscrire le nombre d'incidences.*

08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	25,90

AVIS : *Inscrire le nombre d'artères.*

08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	12,70

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

08414	sélective carotidienne, unilatérale	39,80
08415	sélective vertébrale, unilatérale	38,70
	périphérique, membres inférieurs	
08416	unilatérale	33,20
08417	bilatérale	66,40

08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	37,30

Angiographie coronarienne

08419	unilatérale	42,10
08420	bilatérale	84,30

08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	22,50

08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	43,70

08423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée	33,20

08424	Lymphographie, unilatérale	32,30

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR

(un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour sauf dans les établissements désignés
par les parties négociantes)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Tomographie par ordinateur (un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour sauf dans

les établissements désignés par les parties négociantes)" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Voir la Règle d'application n° 11.

AVIS : Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le numéro de l'établissement où la technique a été effectuée;
- la précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.**

AVIS : Pour facturer les honoraires pour l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonnance magnétique ou de tomodensitométrie.**

Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : La liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de tomodensitométrie est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

Tête

08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	41,80
08259	sans injection de substance de contraste (PG-7)	33,40

Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes

08290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste	54,70

Cou

08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10
08261	sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70

Thorax

(ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »).

08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10
08263	sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70

NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales.

Coeur

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet »).

08291 acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste 55,00
NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.

08292 étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux 150,00
NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.

08293 étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément 45,00
NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.

08294 supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément 25.00

Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal)

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »).

08264 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 63,10

08265 sans injection de substance de contraste (PG-7) 54,70
NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.

Thorax et abdomen complet

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »).

08255 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 94,70

08256 sans injection de substance de contraste (PG-7) 82,10

Pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »).

08266 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 63,10

08267 sans injection de substance de contraste (PG-7) 54,70

Abdomen complet et pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis »).

08268 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 90,00

08269 sans injection de substance de contraste (PG-7) 81,50

NOTE : La tarification de la région abdomen complet et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	56,90
08275	sans injection de substance de contraste (PG-7)	48,50

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	41,10
08277	sans injection de substance de contraste (PG-7)	32,70

Corps entier

08278	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomo-pathologiste ou du coroner, avant la réalisation d'une autopsie classique. L'examen inclut l'acquisition tomодensitométrique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	200,00

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.*

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le numéro d'établissement où la technique a été effectuée;*
- la précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.***

NOTE : En angio-TDM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

08441	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1)	67,50

Examen vasculaire :

08434	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00

NOTE : Le code 08434 ne peut être facturé avec les codes 08258, 08259 ou 08290 le même jour, pour le même patient, dans le même établissement. Toutefois, de façon exceptionnelle, les codes 08258 ou 08259 pourraient être facturés chez le même patient, le même jour, dans le même établissement, si effectués à une séance différente, dans l'un des établissements désignés suivants :

- Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHAUQ)
- Hôpital Notre-Dame (CHUM)
- Hôpital Fleurimont (CHUS)

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)

08435 région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique) 105,00
NOTE : Le code 08435 ne peut être facturé avec les codes 08260 ou 08261.

08436 thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) 105,00
AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

NOTE : Le code 08436 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437 à la même séance.

08437 abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux 105,00
AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

NOTE : Le code 08437 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436 à la même séance.

08438 thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) 160,00
AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

NOTE : Le code 08438 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441 à la même séance.

Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :

08439 thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) 105,00
AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

NOTE : Le code 08439 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438 à la même séance.

08440 Examen des membres supérieurs ou inférieurs 135,00
AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

NOTE : Le code 08440 ne peut être facturé avec les codes 08276 ou 08277 à la même séance.

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:

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section "Protocole I" concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : *Pour facturer les honoraires pour l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie.***
Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : *Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*
Voir la Règle d'application n° 12.

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le numéro d'établissement où la technique a été effectuée;
- la précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.**

AVIS : *La liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).*

08570	Tête (PG-7)	105,40
08571	Cou (PG-7)	112,00
08590	Sein uni ou bilatéral	150,00
08572	Thorax (PG-7)	140,80

NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

08591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation "I"	35,00

NOTE : Le code 08591 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

08573	Abdomen (PG-7)	140,80

08574	Pelvis (PG-7)	140,80
08575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7)	112,00
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7)	104,50
08577	deux segments (PG-7)	131,30
08578	trois segments (PG-7)	176,60

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.

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.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le numéro d'établissement où la technique a été effectuée;
- le précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.**

NOTE : En angio-IRM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie.**

Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : Pour facturer les examens de résonance magnétique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Voir la Règle d'application n° 12.

	Examen vasculaire	
08442	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité) NOTE : Le code 08442 ne peut être facturé avec le code 08570.	105,00
08443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique) NOTE : Le code 08443 ne peut être facturé avec le code 08571.	105,00
08444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) NOTE : Le code 08444 ne peut être facturé avec les codes 08445 ou 08572.	105,00
08445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux NOTE : Le code 08445 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08573 ou 08574.	105,00
08446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) NOTE : Le code 08446 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.	160,00
	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :	
08447	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) NOTE : Le code 08447 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08446 ou 08572.	105,00
08448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs NOTE : Le code 08448 ne peut être facturé avec le code 08575.	135,00

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le service médical 08449 peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec
- CUSM – Site Glen (pédiatrique)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu
- Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement*

- Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique.**

Voir la règle 22 de l' Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le numéro d'établissement où la technique a été effectuée;
- le précision du lieu **Lieu où la technique a été effectuée.**

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : Voir la règle d'application n° 12.

Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

08580	Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7)	183,75

L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.

NOTE : Le code 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.

NOTE : Le code 08580 ne peut être facturé avec le code 08444

08581	Examen limité (PG-7)	78,75

NOTE : Le code 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (code 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise

uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique »).

08582 Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7) **78,75**

NOTE : Le code 08582 ne peut être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.

08583 Études de contractilité (PG-7) **52,50**

NOTE : Le code 08583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.

08584 Études de perfusion/viabilité (PG-7) **52,50**

NOTE : Le code 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.

08585 Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7) **28,90**

AVIS : *Inscrire le nombre d'études.*

08586 Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) **57,75**

Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique

08587 Stress physique avec ergocycle **150,00**

NOTE : Le code 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).

Stress médicamenteux

08588 Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres) **101,60**

08589 Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres) **169,30**

NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » effectués à la même séance.