



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 63
NOVEMBRE 2005

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 39 en vigueur LE 1^{er} NOVEMBRE 2005 et modifications administratives

ONGLET - RÈGLES D'APPLICATION

- À la Règle d'application no. 3, retrait du code d'acte 7295 (Section de bande du vitré) de la liste énumérant les chirurgies comprises dans la chirurgie principale.

Page : [3](#)

- À la Règle d'application no. 21, ajout d'un paragraphe concernant la visite à la demande d'une sage-femme ou d'un optométriste.

Page : [9](#)

- Ajout de la Règle d'application no. 34 concernant la Radio-oncologie et de la Règle d'application no. 35 concernant l'Hématologie-oncologie médicale.

Page : [13](#)

- Modification au Plafonnement d'activité PA-36 - Gastro-entérologie afin d'apporter une précision dans le cas d'un malade atteint d'un cancer.

Page : [17](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Ajout de la règle 14.9 concernant la majoration d'honoraires pour le médecin classé en médecine nucléaire, pour les soins donnés dans cette discipline pendant l'horaire de garde.

Page : [A-11](#)

- Ajout de la Règle 25 concernant les visites, procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie effectués auprès d'un patient sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

Page : [A-14](#)

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Ajout de «Clostridium difficile» à l'Annexe 1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Page : [B-52](#)

- Modification de la tarification de certains codes d'acte et ajout de nouveaux codes d'acte.

Pages : [B-8](#), [B-39](#) à B-44, [B-63](#), [B-69](#) à B-72 et [B-74](#)

ONGLET C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Modifications de libellés et ajout de nouveaux codes d'acte.

Pages : [C-19](#) à C-21, [C-35](#), [C-50](#), [C-51](#), [C-55](#)

ONGLET D - ANESTHÉSIOLOGIE

- Ajout de nouveaux codes d'actes et de NOTES.

Pages : [D-7](#) à D-9, [D-12](#)

ONGLET G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Ajout de nouveaux codes d'acte et changements de tarifs.

Pages : [G-30](#) et [G-31](#), [G-34](#) à G-38, [G-52](#)

ONGLET M - APPAREIL URINAIRE

- Ajout de nouveaux codes d'acte.

Pages : [M-7](#) et [M-8](#)

ONGLET N - APPAREIL GÉNITAL MALE

- Ajout du nouveau code d'acte 6053 (mise en place d'implants...)

Page : [N-6](#)

ONGLET P - GYNÉCOLOGIE ET ONGLET Q - OBSTÉTRIQUE

- Modifications à la Règle 7 et à la Règle 9 dans chacun des deux onglets et modification du libellé de certains actes.

Pages : [P-3](#) et [P-4](#), [P-9](#) et [P-10](#), [Q-3](#) et [Q-4](#)

ONGLET S - SYSTÈME NERVEUX

- Modifications au libellé et changements de tarif de certains actes.

Pages : [S-3](#) à S-13

ONGLET U - APPAREIL AUDITIF

- Modification au libellé du code d'acte 7083 (tube d'aération...)

Page : [U-3](#)

ONGLET V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Ajout de nouveaux codes d'acte.

Page : [V-17](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Précisions apportées à la façon d'identifier un enfant âgé de moins d'un an lors de la facturation d'actes.

Page : [6](#)

- Modification de l'exemple de facturation en anesthésiologie.

Page : [17](#)

- Ajout de nouveaux modificateurs.

Pages : [39](#) à 41

- Ajout de plusieurs modificateurs multiples.

Pages : [46](#) à 50

LISTE DES LOCALITÉS

- Modifications à la liste des localités.

Pages : [5](#) à 16

PAIEMENT

- Modifications à l'état de compte.

Pages : [4](#) à 8

- Ajout des calendriers de paiement 2006 et 2007.

Pages : [13](#) et [14](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout de nouveaux messages explicatifs.

Pages : [9](#), [13](#), [14](#), [22](#), [29](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Ajout d'un AVIS sous la nouvelle Règle 25.

Page : [A-14](#)

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Ajout et modifications d'AVIS.

Pages : [B-52](#), [B-61](#), [B-69](#) à B-72, [B-74](#), [B-75](#), [B-120](#)

ONGLET C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Retrait du dernier paragraphe de l'AVIS sous les codes d'acte 9344 et 0547.

Pages : [C-12](#) et [C-37](#)

- Ajout d'un AVIS sous le code d'acte 0749.

Page : [C-32](#)

ONGLET E - CHIRURGIE

- Corrections à l'index

Page : [E-1](#)

- Ajout d'un AVIS à la règle 2.2.

Page : [E-2](#)

ONGLET F - PEAU-PHANÈRES

- Modification de l'AVIS au bas de la page.

Page : [F-7](#)

ONGLET G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Modifications à certains AVIS.

Pages : [G-4](#) et [G-50](#)

ONGLET P - GYNÉCOLOGIE

- Corrections à l'index.

Page : [P-1](#)

ONGLET Q - OBSTÉTRIQUE

- Corrections à l'index.

Page : [Q-1](#)

ONGLET T - APPAREIL VISUEL

- Modification à l'AVIS au bas de la page.

Page : [T-3](#)

ONGLET V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification de l'AVIS sous le titre «Tableau des honoraires».

Page : [V-9](#)

ONGLET - MANUELS ET FORMULAIRES

- Ajout de nouveaux formulaires à la liste des formulaires disponibles.

Pages : [2](#) et [4](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 070 / 2005-10-25.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-12532-4

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

3.2.1.4 Vérification de la carte

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

1- La date d'expiration est postérieure à la date des services

- l'imprimante permet de transcrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte;
- à défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire sur la demande de paiement les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne assurée.

2- La date d'expiration est antérieure à la date des services

Dans ce cas, la personne assurée doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée » qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (Voir la section 3.4 de cet onglet).

3- Carte avec photo et signature

Si la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au médecin.

Dans ce cas, le médecin **ne doit pas** lui remettre le formulaire « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 1800).

LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivants :****a) L'enfant est âgé de moins d'un an:**

- #
- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et **adresse**) :
 - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE un astérisque (*) suivi du nom de famille;
 - de plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.)
 - **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S., (même s'il s'agit d'un cas d'urgence);
 - inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou, à défaut, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
 - **ne jamais utiliser la carte d'assurance maladie du père ou de la mère.**

3.2.4.1 Document complémentaire (Formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

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

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼

SPÉCIMEN

▼

8

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 02/09

- 1- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin (comme il est écrit sur l'imprimante) ayant dispensé les services;
- 2- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : numéro d'inscription du médecin à la Régie (7 chiffres);
- 3- NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu;
- 4- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Si un document complémentaire concerne plusieurs demandes de paiement, inscrire chaque numéro et joindre une copie à chaque demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et le nom de famille à la naissance;
- 6- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- 7- DATE DU SERVICE : date où les services ont été rendus;
- 8- DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE: donner de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le médecin ou son mandataire.

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

0001 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
ZZZZ 01010112

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE
ADRESSE
ANNÉE | MOIS | JOUR | CODE POSTAL

INT. NOM DU MÉDECIN
NUMÉRO
GROUPE
DATE DE L'ACCIDENT
ANNÉE | MOIS | JOUR
C.S. | DISTANCE
VISITES
CODE | NOMBRE

PROFESSIONNEL REFERANT
SON NUMÉRO
ANNÉE | MOIS | JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CODE DU DIAGNOSTIC
CLOD 31600919
BENE 41270818

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

SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

Inscrire sur la demande de paiement n° 1200 les éléments suivants :

- # - le code ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la lettre A dans la case C.S.;
- les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Si l'espace est insuffisant sur la demande de paiement, utiliser le « Document complémentaire » (n° 1944) pour donner les numéros d'assurance maladie des autres personnes assurées.

Les actes autres que les examens ou les consultations pour lesquels le médecin demande des honoraires figurent dans cette section.

Cependant, les codes de visites ou de consultations pour lesquels s'applique un modificateur (Règle 14 - Préambule général) doivent être inscrits dans cette section.

[illegible]

- ANNÉE, MOIS, JOUR : la date de l'acte (six chiffres);
- P.H. : les plages horaires applicables à la rémunération mixte et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (A.M.)	2
de 12 h à 17 h (P.M.)	3
de 17 h à minuit (soir)	4

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

Remarque : En rémunération mixte, tous les services doivent être facturés dans la section « Actes » de la demande de paiement.

- CODE : le code de l'acte, quatre ou cinq chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif;
- R : rôle (un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'Annexe I;
- MOD : le modificateur (trois chiffres) : la liste des modificateurs figure à l'annexe II;

Remarque : Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe II.

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

- UNITÉS : les unités (trois chiffres) pour demander les honoraires:
 - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, additionnel, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
 - de l'acte anesthésiologique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le tableau de correspondance des UNITÉS DE DURÉE figurant à l'onglet D - Anesthésiologie;
 - de l'acte chirurgical en fonction d'une longueur ou d'une surface, en indiquant le nombre **d'unités**. La valeur de l'unité varie selon l'acte;
 - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance. (Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel);
 - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en quart d'heures.
- # - HONORAIRES : les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu du rôle, du modificateur, des unités et des dispositions relatives à la rémunération majorée, le cas échéant.

Remarque : Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de **1 000 \$** ou plus doit figurer **seul** sur une demande de paiement. **Aucun** autre code d'acte ni de visite ne doit y être facturé.

3.2.6.1 SECTION 6 Exemple de facturation d'une anesthésie

GÉNÉRALITÉS :

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

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

DURÉE :

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

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec								
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNEE	MOIS	JOUR	AN	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION DE LA CARTE		05	11	03		5269	2		016	205,60
ADRESSE		CODE POSTAL		ANNEE		MOIS	JOUR	C.S.	DISTANCE			
PROF. : NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		VISITES				
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS	JOUR	CODE		NOMBRE		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		ANNEE		MOIS	JOUR	ANNEE		MOIS	JOUR	
TOTAL		205,60										

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

CALCUL DES UNITÉS

Code 5269 = 6 unités de base

Durée :

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

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

Honoraires = 16 X 12,85 \$ = 205,60 \$

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

3.2.6.2 SECTION 6 Anesthésiologiste collaborateur (R=3)

Addendum 8 - Règle 8

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE

Régie de l'assurance maladie Québec

ACTES				MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
0,3	0,8	0,6	5130	3	022	179,90

DEBUT : 9 h 30
FIN : 11 h 45

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 179,90

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

CALCUL DES UNITÉS

Code 5130 = 12 unités de base

Durée :

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

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

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

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

Honoraires = 14 X 12,85 \$ = 179,90 \$

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

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 4

Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » ou une chirurgie digestive est effectué lors d'une chirurgie oncologique, une chirurgie du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin », à la même séance qu'une chirurgie ou un acte diagnostique de la rubrique « Obstétrique-gynécologie » dont le tarif est le plus élevé

MOD=050

RÈGLE D'APPLICATION NO 19

Lorsqu'une échographie cardiaque est réclamée le même jour qu'une consultation en clinique externe.

MOD=072

Nouvelle visite principale d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque . .

MOD=048

Lorsque le code d'acte 0176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service

OU

lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 8303, 8311 ou 8341 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services. .

MOD=041

RÈGLE D'APPLICATION NO 21

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe

MOD=003

RÈGLE D'APPLICATION NO 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer

MOD=003

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.

MOD=178

PRÉAMBULE GÉNÉRAL**RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutés lors d'une même séance

MOD=050

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre minuit et 7h.

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)

MOD=017

- En chirurgie plastique

MOD=012

- En anesthésiologie.

MOD=004

- En anesthésiologie (suite de l'opération).

MOD=091

- En médecine interne

MOD=102

- En pédiatrie

MOD=132

- En ophtalmologie

MOD=155

- En neurologie.

MOD=158

- En obstétrique-gynécologie.

MOD=161

- En chirurgie générale

MOD=164

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19h et minuit

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)	MOD=018
- En chirurgie plastique	MOD=023
- En anesthésiologie	MOD=001
- En anesthésiologie (suite de l'opération)	MOD=090
- En médecine interne	MOD=103
- En pédiatrie	MOD=131
- En ophtalmologie	MOD=154
- En neurologie	MOD=157
- En obstétrique-gynécologie	MOD=160
- En chirurgie générale	MOD=163

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)	MOD=019
- En chirurgie plastique	MOD=054
- En anesthésiologie	MOD=013
- En anesthésiologie (suite de l'opération)	MOD=092
- En médecine interne	MOD=104
- En pédiatrie	MOD=133
- En ophtalmologie	MOD=156
- En neurologie	MOD=159
- En obstétrique-gynécologie	MOD=162
- En chirurgie générale	MOD=165

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Aucune majoration pour la suite de l'opération pour les soins d'urgence donnés en anesthésiologie entre 7h et 19h du lundi au vendredi

MOD=098

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Lorsqu'un service autre que les visites est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

MOD=033

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline

MOD=075

RÈGLE 23 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques chez un enfant de moins de 2 ans (PG-23)

- En médecine et chirurgie	MOD=060
- En anesthésiologie (sauf le collaborateur R3)	MOD=166

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires en ophtalmologie pour les procédés diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les chirurgies, faits seuls sous anesthésie générale

MOD=070

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires des procédés diagnostiques ou thérapeutiques, des chirurgies ainsi que des visites faits seuls, si exécutés sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

MOD=142

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=143

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires en urologie pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, faits seuls sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération

MOD=167

CONSULTATION ET EXAMEN

TABLEAU D'HONORAIRES

Examen effectué en même temps qu'un service professionnel couvert par la Loi sur la Sécurité du revenu **MOD=002**

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

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES

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

TABLEAU D'HONORAIRES

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

ANESTHÉSIOLOGIE

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8

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

RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8

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

RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8

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

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsque le cœur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie **MOD=036**

CHIRURGIE

RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4

Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour **MOD=179**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires. **MOD=024**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le médecin qui donne les soins post-opératoires **MOD=025**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le médecin qui donne les soins post-opératoires lorsque le chirurgien est un consultant ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier **MOD=026**

RÈGLE 8 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire **MOD=050**

PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie pour le traitement d'une verrue est faite au Laser. **MOD=056**

APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

RÈGLE 2 DE L'ADDENDUM 5 Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant	MOD=027
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5 S'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs	MOD=010
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5 S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs	MOD=050
RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5 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.	MOD=049
RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5 Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation.	MOD=029
RÈGLE 3.3 DE L'ADDENDUM 5 Lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre	MOD=134
Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure).	MOD=150
RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5 Pour le traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte.	MOD=039
RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5 S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.	MOD=020
RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD=030
RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD=064
RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.	MOD=169
RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5 Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée	MOD=172
TABLEAU D'HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) S'il y a fracture avec lésion neurologique	MOD=057
TABLEAU D'HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente	MOD=058
TABLEAU DES HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) Temps autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente	MOD=059

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents. **MOD=093**

Séances différentes **MOD=094**

Sites anatomiques différents et séances différentes **MOD=095**

Remarque : Le modificateur 093, 094 ou 095 s'inscrit seulement sur la
ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte sauf si l'un des
modificateurs multiples s'applique (voir page suivante) **MOD=099**

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	005 - 094	200	1,3333
	006 - 094	201	1,3333
	007 - 094	202	1,9000
	009 - 093	080	1,0000
	009 - 094	081	1,0000
	012 - 050	203	1,0000
	012 - 050 - 174	326	0,5000
	012 - 094	520	2,0000
	012 - 094 - 174	323	1,0000
	012 - 172	579	1,0000
	012 - 174	571	1,0000
	017 - 050	088	0,7500
	017 - 093	617	1,5000
	017 - 094	089	1,5000
	017 - 134	526	1,3500
	017 - 150	535	1,3500
	017 - 172	574	0,7500
#	017 - 178	640	1,5000
	018 - 050	082	0,6666
	018 - 093	618	1,3333
	018 - 094	083	1,3333
	018 - 134	527	1,2000
	018 - 150	536	1,2000
	018 - 172	577	0,6666
#	018 - 178	641	1,3333
	019 - 050	084	0,6666
	019 - 093	619	1,3333
	019 - 094	085	1,3333
	019 - 134	528	1,2000
	019 - 150	537	1,2000
	019 - 172	578	0,6666
#	019 - 178	642	1,3333

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	023 - 050	204	0,7500
	023 - 050 - 174	327	0,3750
	023 - 094	521	1,5000
	023 - 094 - 174	324	0,7500
	023 - 172	580	0,7500
	023 - 174	575	0,7500
	042 - 050	205	0,1000
	042 - 094	206	0,2000
	050 - 054	207	0,7500
	050 - 075	087	0,3750
	050 - 093	086	0,5000
	050 - 093 - 173	319	0,6000
	050 - 093 - 174	321	0,2500
	050 - 102	228	1,0000
	050 - 103	230	0,7500
	050 - 104	232	0,7500
	050 - 109	239	à calculer
	050 - 110	240	à calculer
	050 - 111	241	à calculer
	050 - 117	248	0,5000
	050 - 131	280	0,8250
	050 - 132	282	1,1250
	050 - 133	284	0,8250
	050 - 154	296	0,7500
	050 - 155	298	1,0000
	050 - 156	500	0,7500
#	050 - 157	502	0,7500
	050 - 158	504	1,0000
	050 - 159	506	0,7500
	050 - 160	508	0,7500
	050 - 161	510	1,0000
	050 - 162	512	0,7500
	050 - 163	514	0,8250

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	050 - 164	516	1,1000
	050 - 165	518	0,8250
	050 - 173	563	0,6000
	050 - 174	290	0,2500
	054 - 094	522	1,5000
	054 - 172	581	0,7500
	093 - 102	626	2,0000
	093 - 103	627	1,5000
	093 - 104	628	1,5000
	093 - 094	095	1,0000
	093 - 109	620	à calculer
	093 - 110	621	à calculer
	093 - 111	622	à calculer
	093 - 169	524	+100,00 \$ (*)
	093 - 172	572	0,5000
	093 - 173	565	1,2000
	093 - 174	291	0,5000
#	093 - 178	638	1,0000
	093 - 094 - 173	320	1,2000
	094 - 104	233	1,5000
	094 - 109	242	à calculer
	094 - 110	243	à calculer
	094 - 111	244	à calculer
	094 - 117	249	1,0000
	094 - 131	281	1,6500
	094 - 132	283	2,2500

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	094 - 133	285	1,6500
	094 - 136	286	1,5000
	094 - 137	287	1,5000
	094 - 138	288	1,3333
	094 - 139	289	1,3333
	094 - 154	297	1,5000
	094 - 155	299	2,0000
	094 - 156	501	1,5000
	094 - 157	503	1,5000
	094 - 158	505	2,0000
	094 - 159	507	1,5000
	094 - 160	509	1,5000
	094 - 161	511	2,0000
	094 - 162	513	1,5000
	094 - 163	515	1,6500
	094 - 164	517	2,2000
	094 - 165	519	1,6500
	094 - 169	525	+100,00 \$ (*)
	094 - 172	573	0,5000
	094 - 173	566	1,2000
	094 - 174	570	0,5000
#	094 - 178	639	1,0000
#	094 - 179	647	1,0000
	102 - 172	582	1,0000
	103 - 172	583	0,7500
	104 - 172	584	0,7500
	109 - 117	245	à calculer
	109 - 134	529	à calculer

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	109 - 150	538	à calculer
#	109 - 172	591	à calculer
#	109 - 178	643	à calculer
	110 - 117	246	à calculer
	110 - 134	530	à calculer
	110 - 150	539	à calculer
#	110 - 172	592	à calculer
#	110 - 178	644	à calculer
	111 - 117	247	à calculer
	111 - 134	531	à calculer
	111 - 150	540	à calculer
#	111 - 172	593	à calculer
#	111 - 178	645	à calculer
	117 - 172	594	0,5000
	130 - 173	569	1,2000
	131 - 172	585	0,8250
	132 - 172	586	1,1250
	133 - 172	587	0,8250
	134 - 163	532	1,4850
	134 - 164	533	1,9800
	134 - 165	534	1,4850
	150 - 163	541	1,4850
	150 - 164	542	1,9800
	150 - 165	543	1,4850
	163 - 172	588	0,8250
	164 - 172	589	1,1000
	165 - 172	590	0,8250
	Autres combinaisons	099	à calculer

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Localités	Codes	Localités	Codes
Abercorn	63806 0	Beaux-Rivages-Lac-des-	
Acton Vale	64011 0	Écorces-Val-Barrette.....	67634 4*
Adstock.....	62448 1	Bécancour	63330 1
Aguanish.....	69704 6*	Bedford	65424 0
Akulivik.....	69870 6*	Bégin	69458 2
Akwesasne (Réserve indienne)	66881 0	Belcourt	68411 5*
Albanel.....	69049 4*	Bellecombe.....	68333 5*
Alleyn-et-Cadwood	68022 4	Belle-Rivière (Lac Saint-Jean-Est)	69390 3*
Alma.....	69325 3*	Belleterre	68308 5*
Amherst	67559 0	Beloeil.....	65701 0
Amos.....	68430 5*	Berry	68477 5*
Amqui	60514 4*	Berthier-sur-Mer.....	61422 1
Ange-Gardien (Rouville)	65202 0	Berthierville.....	64906 0
Angliers.....	68324 5*	Béthanie.....	63926 0
Anjou.....	66552 0	Betsiamites (Réserve indienne).....	69788 5*
Armagh	61512 0	Biencourt	60702 4*
Arntfield	68340 5*	Blainville.....	66308 0
Arundel	67436 0	Blanc-Sablon	69753 6*
Asbestos	63532 0	Blue-Sea	67836 4*
Ascot.....	63601 0	Boisbriand	66312 0
Ascot-Corner	63606 0	Boischatel (La Côte-de-Beaupré).....	61714 0
Aston-Jonction	63306 1	Bois-des-Filion	66306 0
Auclair.....	60906 4*	Bois-Franc	67846 4*
Audet	62412 1	Bolton-Est	63809 0
Aumond	67844 4*	Bolton-Ouest.....	63816 0
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864 6*	Bonaventure	60419 5*
Austin.....	63812 0	Bonne-Espérance.....	69755 6*
Authier	68448 5*	Bonsecours.....	63916 0
Authier-Nord.....	68473 5*	Boucher	63249 1
Ayer's Cliff.....	63732 0	Boucherville.....	65612 0
Baie-Atibenne (Maskinongé)	64794 0	Bouchette	67833 4*
Baie-Comeau	69733 5*	Bowman.....	67558 1
Baie-de-la-Bouteille (Matawinie).....	64791 0	Brébeuf.....	66378 0
Baie-des-Chaloupes (Antoine-		Brigham	63824 0
Labelle).....	66192 4*	Bristol.....	68006 4*
Baie-des-Sables	60628 4*	Brome	63819 0
Baie-d'Hudson	69897 6*	Bromont	63830 0
Baie-du-Febvre	64220 1	Bromptonville.....	63502 0
Baie-d'Urfe.....	66519 0	Brossard	66610 0
Baie-James (sauf Joutel).....	69802 6*	Brownsburg-Chatham	67412 0
Baie-Johan-Beetz	69703 6*	Bryson	68016 4*
Baie-Obaoca-Lac-Cabasta		Bury	62531 0
(Matawinie)	64396 0	Cabano	60920 4*
Baie-Sainte-Catherine	69748 1	Cacouna (Réserve indienne).....	60881 3*
Baie-Saint-Paul	61212 1	Cadillac.....	68407 5*
Baie-Trinité.....	69721 5*	Calixa-Lavallée	65714 0
Barkmere	67434 0	Campbell's Bay	68019 4*
Barnston-Ouest.....	63709 0	Candiac	66612 0
Barraute	68418 5*	Caniapiscau.....	69893 5*
Batiscan	63204 1	Cantley	68001 1
Beaconsfield	66518 0	Cap-Chat	60317 5*
Bearn	68306 5*	Caplan	60422 5*
Beauceville	62340 1	Cap-Rouge	62019 0
Beauharnois.....	67006 0	Cap-Saint-Ignace	61414 1
Beaulac-Garthyby	62624 1	Cap-Santé.....	62919 0
Beauport	62020 0	Carignan	65602 0
Beaupré	61708 0	Carleton-Saint-Omer	60435 5*

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau).....	67892	4*	Degelis	60901	4*
Cascapédia.....	60428	5*	Deléage.....	67839	4*
Causapscal.....	60506	4*	Delisle.....	69330	3*
Cayamant.....	68026	4*	Delson.....	66616	0
Chambly.....	65605	0	Denholm.....	67819	4
Chambord.....	69010	3*	Dépôt-Échouani (La Vallée-de-la-Gatineau).....	64998	4
Champlain.....	63205	1	Desbiens.....	69311	3*
Champneuf.....	68412	5*	Deschailions-sur-Saint-Laurent.....	62848	1
Chandler.....	60209	5*	Deschambault-Grondines.....	62929	0
Chapais.....	69806	5*	Destor.....	68443	5*
Charette.....	64328	1	Deux-Montagnes.....	67304	0
Charlemagne.....	66202	0	Disraeli.....	62634	1
Charlesbourg.....	62037	0	Dixville.....	63706	0
Charny.....	62126	0	Dolbeau-Mistassini.....	69038	4*
Chartierville.....	62504	0	Dollard-des-Ormeaux.....	66538	0
Châteauguay.....	66917	0	Doncaster.....	66381	0
Château-Richer.....	61711	0	Donnacona.....	62907	0
Chazel (Abitibi-Ouest).....	68459	5*	Dorval.....	66512	0
Chelsea.....	67808	1	Dosquet.....	62814	1
Cheneville.....	67551	1	Drummondville.....	64137	1
Chertsey.....	66119	0	Dubuisson.....	68413	5*
Chester-Est.....	63401	1	Dudswell.....	62601	0
Chesterville.....	63405	1	Duhamel (Papineau).....	67552	1
Chibougamau.....	69804	5*	Duhamel-Ouest (Témiscamingue) ...	68303	5*
Chichester.....	68038	4*	Dundee.....	66811	0
Chicoutimi.....	69420	2	Dunham.....	65415	0
Chisasibi.....	69842	6*	Duparquet.....	68442	5*
Chute-aux-Outardes.....	69726	5*	Dupuy.....	68464	5*
Chute-des-Passes (Maria-Chapdelaine).....	69099	4*	Durham-Sud.....	64110	1
Chute-Saint-Philippe.....	67642	4*	East Angus.....	62534	0
Clarendon.....	68008	4*	East Broughton.....	62364	1
Clermont (Abitibi-Ouest).....	68472	5*	East Farnham.....	63826	0
Clermont (Charlevoix-Est).....	61109	1	East Hereford.....	62501	0
Clerval.....	68458	5*	Eastmain.....	69838	6*
Cleveland.....	63526	0	Eastman.....	63901	0
Cloridorme.....	60248	5*	Egan-Sud.....	67841	4*
Cloutier.....	68325	5*	Elgin.....	66809	0
Coaticook.....	63711	0	Entrelacs.....	66122	0
Collines-du-Basque (Côte-de-Gaspé).....	60398	5*	Escuminac.....	60439	5*
Colombier.....	69728	5*	Esprit-Saint.....	60715	4*
Compton.....	62514	0	Evain.....	68337	5*
Contrecoeur.....	65725	0	Farnham.....	65434	0
Cookshire-Eaton.....	62523	0	Fassett.....	67501	1
Côteau-du-Lac.....	67107	0	Ferland-et-Boilleau.....	69405	2
Côte-Nord-du-Golfe-du-Saint-Laurent.....	69751	6*	Ferme-Neuve.....	67646	4*
Côte-Saint-Luc.....	66508	0	Fermont.....	69761	5*
Coucoucache (Réserve indienne)...	63281	4	Fleurimont.....	63604	0
Coulée-des-Adolphe (Denis-Riverin).....	60699	5*	Forestville.....	69730	5*
Courcelles.....	62439	1	Fort-Coulonge.....	68029	4*
Cowansville.....	65416	0	Fortierville.....	62842	1
Crabtree.....	65808	0	Fort-Rupert (Waskagheganish).....	69834	6*
D'Alembert.....	68440	5*	Fossambault-sur-le-Lac.....	62911	0
Danville.....	63531	0	Franklin (Le Haut St-Laurent).....	66807	0
Daveluyville.....	63449	1	Franquelin (Manicouagan).....	69727	5*
Deauville.....	63611	0	Frelighsburg.....	65403	0
			Frontenac.....	62404	1
			Fugereville.....	68311	5*
			Gallichan.....	68444	5*
			Gaspé.....	60230	5*

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Gatineau	67905	1	Kingsey (Drummond)	64104	1
Girardville.....	69054	4*	Kingsey Falls (Arthabaska)	64102	1
Godbout.....	69722	5*	Kinnear's Mills.....	62718	1
Godmanchester	66814	0	Kipawa.....	68310	5*
Gore.....	67419	0	Kirkland.....	66516	0
Granby	63912	0	Kuujuaq (Baie-d'Ungava)	69860	6*
Grand-Calumet	68021	4*	Kuujuarapik (Baie d'Hudson).....	69846	6*
Grande-Rivière.....	60213	5*	L'Ancienne-Lorette	62041	0
Grandes-Piles	63244	1	L'Ange-Gardien (La Côte-de- Beaupré).....	61712	0
Grande-Vallée	60251	5*	L'Ange-Gardien (Papineau).....	67530	1
Grand-Lac-Victoria (Vallée-de- L'Or)	68479	5*	L'Anse-Saint-Jean.....	69402	2
Grand'Mère.....	63240	1	L'Ascension (Antoine-Labelle).....	67628	4*
Grand-Métis	60634	4*	L'Ascension-de-Notre-Seigneur (Lac Saint-Jean-Est)	69334	3*
Grand-Remous	67849	4*	L'Ascension-de-Patapédia (Avignon)	60453	5*
Grand-Saint-Esprit	63338	1	L'Assomption	66214	0
Greenfield Park.....	65619	0	L'Avenir.....	64113	1
Grenville.....	67416	0	L'Épiphanie.....	66219	0
Grenville-sur-la-Rouge	67418	0	L'Île-Bizard	66544	0
Grosses-Roches	60614	4*	L'Île-Cadieux.....	67211	0
Guérin	68328	5*	L'Île-d'Anticosti	69701	6*
Ham-Nord	62628	1	L'Île-d'Orléans.....	61605	0
Hampden.....	62529	0	L'Île-Dorval.....	66511	0
Hampstead.....	66528	0	L'Île-Perrot	67206	0
Harrington.....	67426	0	L'Isle-aux-Allumettes	68034	4*
Hatley.....	63726	0	L'Isle-aux-Coudres	61201	1
Havelock.....	66804	0	L'Islet	61319	1
Havre-Saint-Pierre.....	69706	5*	L'Isle-Verte.....	60826	3*
Hébertville.....	69303	3*	La Baie.....	69410	2
Hébertville-Station	69304	3*	La Conception	67601	0
Hemmingford.....	66802	0	La Corne.....	68420	5*
Henryville.....	65302	0	La Doré.....	69042	3*
Hérouxville	63232	1	La Durantaye	61524	0
Hinchinbrooke.....	66808	0	La Guadeloupe.....	62446	1
Honfleur.....	61518	0	La Malbaie	61114	1
Hope	60409	5*	La Martre	60309	5*
Hope Town	60411	5*	La Minerve.....	67609	0
Hors-Québec	60000	7	La Morandière	68450	5*
Howick	66922	0	La Motte.....	68421	5*
Huberdeau.....	67438	0	La Patrie.....	62522	0
Hudson	67227	0	La Pêche.....	67813	1
Hunters Point	68386	5*	La Pocatière.....	61038	3*
Huntingdon	66816	0	La Prairie.....	66608	0
Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850	6*	La Présentation.....	65119	0
Inverness	62729	1	La Rédemption	60529	4*
Irlande.....	62724	1	La Reine.....	68467	5*
Ivujivik	69877	6*	La Romaine (Réserve indienne)	69781	6*
Joliette	65815	0	La Sarre	68463	5*
Jonquière	69425	2	La Trinité-des-Monts	60713	4*
Kahnawake (Réserve indienne).....	66681	0	La Tuque.....	63270	4*
Kamouraska.....	61031	3*	La Visitation-de-l'Île-Dupas.....	64902	0
Kanesatake (Réserve indienne)	67381	0	La Visitation-de-Yamaska	64208	1
Kangisualujuaq (Baie d'Ungava).....	69855	6*	Labelle.....	67607	0
Kangisujuaq (Baie d'Ungava)	69872	6*	Labrador City.....	69700	7
Kangirsuk (Baie d'Ungava)	69866	6*	Labrecque.....	69459	3*
Kawawachikamach.....	69843	6*	Lac-Achouakan (Lac Saint-Jean Est).....	69493	3
Kazabazua.....	67824	4			
Kebaowek (Réserve indienne)	68383	5*			
Kiamika	67624	4*			
Kingsbury	63518	0			

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle).....	64397	4*	Lac-Matawin (Matawinie)	64992	0
Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	4*	Lac-Mégantic	62406	1
Lac-à-la-Tortue	63236	1	Lac-Minaki (Matawinie)	64392	0
Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	4*	Lac-Ministuk	69492	2
Lac-Ashuapmushuan (Lac Saint-Jean Ouest).....	69091	3*	Lac-Moncouche (Lac Saint-Jean Est)	61799	3
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord).....	69797	5*	Lac-Montanier (Rouyn-Noranda).....	68494	5*
Lac-au-Saumon	60512	4*	Lac-Moselle (La Vallée-de-la-Gatineau).....	65895	4
Lac-aux-Sables.....	62966	1	Lac-Nilgaut (Pontiac).....	68091	4*
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle).....	64797	4*	Lac-Nominingue	67620	4*
Lac-Beauport (La Jacques-Cartier)	62042	0	Lac-Normand (Mékinac)	63298	1*
Lac-Blanc (Portneuf)	62096	0	Lac-Oscar (Antoine-Labelle)	65893	4*
Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	4*	Lac-Pikauba (Charlevoix).....	61298	1
Lac-Bouchette	69003	3*	Lac-Poulin.....	62331	1
Lac-Boulé (Mékinac)	64793	1	Lac-Pythonga (La Vallée-de-la-Gatineau).....	68090	4*
Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or)	66198	5*	Lac-Rapide (Réserve indienne)	68081	4*
Lac-Brome	63820	0	Lac-Saguay	67631	4*
Lac-Casault (La Matapédia).....	60591	4*	Lac-Saint-Charles.....	62046	0
Lac-Chicobi (Abitibi).....	68488	5*	Lac-Sainte-Marie	67822	4
Lac-Croche (La Jacques-Cartier).....	62095	0	Lac-Saint-Joseph	62912	0
Lac-de la Bidière (Berthier)	64993	4*	Lac-Saint-Paul	67648	4*
Lac-Delage	62052	0	Lac-Santé (Montcalm)	66194	0
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine-Labelle)	65892	4*	Lac-Sergent.....	62939	0
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle).....	64795	4*	Lac-Simon (Papineau).....	67549	1
Lac-des-Aigles	60714	4*	Lac-Simon (Réserve indienne)	68481	5*
Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie).....	63299	1*	Lac-Supérieur	66368	0
Lac-des-Dix-Milles (Matawinie)	66190	0	Lac-Surimau (Rouyn-Noranda)	68487	5*
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	4*	Lac-Vacher (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69892	5*
Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	5*	Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle)	64398	4*
Lac-des-Plages	67561	1	Lac-Walker (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69795	5*
Lac-des-Seize-Îles.....	67431	0	Lac-Wapizagonke (Le-Centre-de-la-Mauricie).....	64390	1
Lac-Devenyns (Matawinie).....	64395	0	Lachine.....	66506	0
Lac-Douaire (Montcalm).....	66196	4*	Lachute.....	67407	0
Lac-Drolet	62426	1	Lacolle.....	65502	0
Lac-du-Cerf	67611	4*	Laforce	68312	5*
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest).....	68499	5*	Lalemant.....	69490	2
Lac-du-Taureau (Matawinie).....	64997	0	Lamarche	69461	3
Lac-Ernest (Antoine-Labelle).....	67693	4*	Lambton	62443	1
Lac-Etchemin.....	62214	1	Landrienne	68419	5*
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or)	68496	5*	Lanoraie.....	64908	0
Lac-Frontière	61401	1	Lantier.....	66359	0
Lac-Granet (Temiscaming).....	68390	5*	Larouche	69432	2
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)	60795	4*	Lasalle	66502	0
Lac-Jacques-Cartier.....	61798	0	Laterrière	69413	2
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du-Golfe-du-Saint-Laurent).....	69793	5*	Latulipe-et-Gaboury	68309	5*
Lac-Juillet (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69891	5*	Launay	68434	5*
Lac-Kénogami	69416	2	Laurier-Station	62826	1
Lac-Lapeyrere (Portneuf)	63291	0	Laurierville	62746	1
Lac-Legendre (Matawinie)	65890	0	Laval	66424	0
Lac-Lenotre (La Vallée-de-la-Gatineau)	66197	4	Lavaltrie	64912	0
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle).....	67891	4*	Laverlochère.....	68318	5*
Lac-Masketsi (Mékinac)	63292	1*	Lawrenceville.....	63919	0
Lac-Matapédia	60597	4*	Le Bic	60750	4*
			Lebel-sur-Quévillon	69809	5*
			Leclercville	62836	1

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Lefebvre.....	64118	1	Mercier.....	66916	0
Lejeune (Témiscouata).....	60931	4*	Messines.....	67838	4*
Lemieux.....	63311	1	Métabetchouan-Lac-à-la-Croix.....	69310	3*
Lemoyne.....	65621	0	Métis-sur-Mer.....	60629	4*
Lennoxville.....	63602	0	Milan.....	62418	1
Lery.....	66912	0	Mille-Isles.....	67421	0
Les Bergeronnes.....	69741	5*	Mingan (Réserve indienne).....	69784	5*
Les Cèdres.....	67105	0	Mirabel.....	67325	0
Les Côteaux.....	67116	0	Mistissini.....	69825	6*
Les Éboulements.....	61208	1	Moffet.....	68321	5*
Les Escoumins.....	69738	5*	Mont-AlberT (Denis-Riverin).....	60399	5*
Les Îles-de-la-Madeleine.....	60103	5*	Mont-Alexandre (Pabok).....	60298	5*
Les Méchins.....	60603	4*	Mont-Apica (Lac Saint-Jean Est).....	61299	3
Leslie-Clapham-et-Huddersfield.....	68024	4*	Montbeillard.....	68339	5*
Lévis.....	62119	0	Montcalm.....	67432	0
Lingwick.....	62536	0	Mont-Carmel.....	61006	3*
Linton (Portneuf).....	62996	0	Montcerf-Lytton.....	67848	4*
Listuguj (Restigouche).....	60482	5*	Montebello.....	67504	1
Litchfield.....	68014	4*	Mont-Élie (Charlevoix Est).....	61190	1
Lochaber.....	67511	1	Mont-Joli.....	60721	4*
Lochaber-Partie-Ouest.....	67514	1	Mont-Laurier.....	67640	4*
Longue-Pointe.....	69705	5*	Mont-Lebel.....	60728	4*
Longueuil.....	65615	0	Montmagny.....	61417	1
Loretteville.....	62032	0	Montpellier.....	67554	1
Lorraine.....	66304	0	Montréal.....	66546	0
Lorrainville.....	68316	5*	Montréal-Est.....	66556	0
Lotbinière.....	62855	1	Montréal-Nord.....	66554	0
Louiseville.....	64702	1	Montréal-Ouest.....	66504	0
Low.....	67821	4	Mont-Royal.....	66531	0
Lyster.....	62753	1	Mont-Saint-Grégoire.....	65314	0
Macamic.....	68451	5*	Mont-Saint-Hilaire.....	65227	0
Maddington.....	63446	1	Mont-Saint-Michel.....	67649	4*
Magog.....	63736	0	Mont-Saint-Pierre.....	60306	5*
Malartic.....	68405	5*	Mont-Tremblant.....	66374	0
Maliotenam (Réserve indienne).....	69786	5*	Mont-Valin.....	69495	2
Maniwaki.....	67842	4*	Morin-Heights.....	67428	0
Manouane (Réserve indienne).....	64781	0	Mulgrave-et-Derry.....	67539	1
Manseau.....	63309	1	Murdochville.....	60301	5*
Mansfield-et-Pontefract.....	68028	4*	Namur.....	67545	1
Maple Grove.....	67008	0	Nantes.....	62416	1
Maria.....	60429	5*	Napierville.....	66702	0
Maricourt (Le Val-Saint-François).....	63934	0	Natashquan.....	69702	6*
Marieville.....	65212	0	Nedelec.....	68329	5*
Marsoui.....	60311	5*	Nemiscou (Nemaska).....	69830	6*
Marston.....	62411	1	Neuville.....	62904	0
Martinville.....	62512	0	New Carlisle.....	60418	5*
Mascouche.....	66208	0	New Richmond.....	60426	5*
Mashteuiatsh (Réserve indienne).....	69081	3*	Nicolet.....	63364	1
Maskinongé.....	64706	1	Norbertville.....	63416	1
Massueville.....	65004	1	Normandin.....	69045	4*
Matagami et Joutel.....	69811	5*	Normetal.....	68474	5*
Matane.....	60608	4*	North Hatley.....	63729	0
Matapédia.....	60448	5*	Notre-Dame-Auxiliatrice-de- Buckland.....	61508	0
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or).....	68492	5*	Notre-Dame-de-Bon-Secours- Partie-Nord (Papineau).....	67502	1
Matimekosh-Lac John (Rés. ind.).....	69882	5*	Notre-Dame-de-Ham.....	62629	1
Mayo.....	67531	1	Notre-Dame-de-la-Merci.....	66124	0
McMasterville.....	65704	0	Notre-Dame-de-la-Paix.....	67524	1
McWatters.....	68323	5*	Notre-Dame-de-la-Salette.....	67535	1
Melbourne.....	63516	0			
Melocheville.....	67009	0			

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	67203	0	Plessisville	62749	1
Notre-Dame-de-Lorette	69058	4*	Pohénégamook	61003	4*
Notre-dame-de-Lourdes (Joliette) ...	65818	0	Pointe-à-la-Croix	60443	5*
Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable) ...	62751	1	Pointe-au-Père	60736	4*
Notre-Dame-de-Montauban	62963	1	Pointe-aux-Outardes	69725	5*
Notre-Dame-de-Pontmain	67612	4*	Pointe-Calumet	67309	0
Notre-Dame-des-Bois	62402	1	Pointe-Claire	66514	0
Notre-Dame-des-Monts	61119	1	Pointe-des-Cascades	67104	0
Notre-Dame-des-Neiges-des-			Pointe-Fortune	67234	0
Trois-Pistoles	60819	4*	Pointe-Lebel	69723	5*
Notre-Dame-des-Pins	62334	1	Ponsonby	67544	1
Notre-Dame-des-Prairies	65816	0	Pontiac	68003	4
Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838	3*	Pont-Rouge	62918	0
Notre-Dame-de-Stanbridge	65431	0	Portage-du-Fort	68018	4*
Notre-Dame-du-Bon-Conseil	64124	1	Port-Cartier	69717	5*
Notre-Dame-du-Lac	60910	4*	Port-Daniel-Gascons	60401	5*
Notre-Dame-du-Laus	67602	4*	Portneuf	62924	0
Notre-Dame-du-Mont-Carmel	63228	1	Portneuf-sur-Mer	69732	5*
Notre-Dame-du-Nord	68326	5*	Poste-de-la-Baleine		
Notre-Dame-du-Portage	60836	3*	(Whapmagoostoo)	69845	6*
Notre-Dame-du-Rosaire	61411	1	Potton	63801	0
Notre-Dame-du-Sacré-Coeur-			Poularies	68439	5*
d'Issoudun	62832	1	Preissac	68427	5*
Nouvelle	60438	5*	Prévost	66335	0
Noyan	65412	0	Price	60636	4*
Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice)	68491	6*	Princeville	63428	1
Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	6*	Puvirnituq (Baie-d'Hudson)	69895	6*
Odanak	64281	1	Quaqtaq (Baie d'Ungava)	69868	6*
Ogden	63719	0	Québec	62014	0
Oka	67311	0	Racine	63921	0
Orford	63614	0	Ragueneau	69724	5*
Ormstown	66926	0	Rapide-Danseur	68447	5*
Otterburn Park	65224	0	Rapides-des-Cèdres (Rouyn-		
Outremont	66529	0	Noranda)	68391	5*
Packington	60902	4*	Rapides-des-Joachims	68041	4*
Padoue	60541	4*	Rawdon	66116	0
Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	5*	Rémigny	68330	5*
Palmarolle	68454	5*	Repentigny	66206	0
Papineauville	67508	1	Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	5*
Parent	63272	6*	Richelieu	65216	0
Parisville	62844	1	Richmond	63528	0
Paspébiac	60412	5*	Rigaud	67232	0
Percé	60220	5*	Rimouski	60739	4*
Péribonka	69026	4*	Ripon	67538	1
Petite-Rivière-Saint-François	61214	1	Ristigouche-Partie-Sud-Est	60444	5*
Petite-Vallée	60249	5*	Rivière-à-Claude	60308	5*
Petit-Lac-Sainte-Anne			Rivière-à-Pierre	62959	0
(Kamouraska)	61094	3*	Rivière-au-Tonnerre	69708	5*
Petit-Mécatina (Côte-Nord-du-			Rivière-aux-Outardes		
Golfe-Saint-Laurent)	69791	5*	(Manicouagan)	69796	5*
Petit-Saguenay	69401	2	Rivière-Beaudette	67119	0
Picard (Kamouraska)	61092	3*	Rivière-Bleue	60915	4*
Piedmont	66336	0	Rivière-Bonaventure	60495	5*
Pierrefonds	66542	0	Rivière-Bonjour (Matane)	60698	4*
Pierreville	64222	1	Rivière-de-la-Savane (Mékinac)	64393	1
Pikogan (Réserve indienne)	68484	5*	Rivière-du-Loup	60834	3*
Pincourt	67208	0	Rivière-Éternité	69403	2
Pintendre	62111	0	Rivière-Heva	68417	5*
Piopolis	62408	1	Rivière-Kipawa (Témiscamingue) ...	68393	5*
Plaisance	67509	1	Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	6*

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Rivière-Mistassini (Maria-Chapdelaine).....	69093	4*	Saint-Alphonse (La Haute-Yamaska).....	63914	0
Rivière-Mouchalagane (Sept-Rivières-Caniapiscou).....	69799	5*	Saint-Alphonse-Rodriguez (Matawinie).....	65832	0
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières-Caniapiscou).....	69794	5*	Saint-Amable.....	65709	0
Rivière-Nouvelle (Avignon).....	60499	5*	Saint-Ambroise.....	69453	2
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest).....	68489	5*	Saint-Ambroise-de-Kildare.....	65826	0
Rivière-Ouelle.....	61034	3*	Saint-Anaclet-de-Lessard.....	60724	4*
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia).....	60792	4*	Saint-André (Kamouraska).....	61024	3*
Rivière-Rouge.....	67618	4*	Saint-André-Avellin.....	67528	1
Rivière-Saint-Jean.....	69707	5*	Saint-André-Carillon.....	67402	0
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé).....	60299	5*	Saint-André-de-Restigouche.....	60446	5*
Rivière-Vaseuse.....	60592	4*	Saint-André-du-Lac-Saint-Jean.....	69005	3*
Rivière-Windigo (Le Haut-Saint-Maurice).....	63297	6*	Saint-Anicet.....	66818	0
Roberval.....	69013	3*	Saint-Anselme.....	62239	0
Rochebaucourt.....	68453	5*	Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues.....	61424	1
Rock Forest.....	63609	0	Saint-Antoine-de-Tilly.....	62849	1
Rollet.....	68327	5*	Saint-Antoine-sur-Richelieu.....	65720	0
Roquemaure.....	68446	5*	Saint-Antoine.....	60818	3*
Rosemère.....	66311	0	Saint-Apollinaire.....	62833	1
Rougemont.....	65218	0	Saint-Armand.....	65404	0
Routhierville (La Matapédia).....	60494	4*	Saint-Arsene.....	60828	3*
Rouyn-Noranda.....	68338	5*	Saint-Athanase (Témiscouata).....	61002	4*
Roxboro.....	66539	0	Saint-Aubert.....	61318	1
Roxton.....	63936	0	Saint-Augustin (Maria-Chapdelaine).....	69028	4*
Roxton Falls.....	63938	0	Saint-Augustin-de-Desmaures.....	62901	0
Roxton Pond.....	63931	0	Saint-Augustin-de-Woburn.....	62401	1
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia).....	60697	4*	Saint-Barnabé (Maskinongé).....	64316	1
Ruisseau-Ferguson (Avignon).....	60497	5*	Saint-Barnabé-Sud (Les Maskoutains).....	65128	0
Sacré-Cœur (La Haute-Côte-Nord).....	69743	5*	Saint-Barthelemy.....	64914	0
Sacré-Cœur-de-Jésus (L'Amiante).....	62362	1	Saint-Basile.....	62921	0
Sagard (Charlevoix-Est).....	69798	1	Saint-Basile-le-Grand.....	65601	0
Saint-Adalbert.....	61304	1	Saint-Benjamin.....	62209	1
Saint-Adelme.....	60606	4*	Saint-Benoît-du-Lac.....	63808	0
Saint-Adelphe.....	63222	1	Saint-Benoît-Labre.....	62329	1
Saint-Adolphe-d'Howard.....	67429	0	Saint-Bernard (La Nouvelle-Beauce).....	62234	1
Saint-Adrien (Asbestos).....	62619	0	Saint-Bernard-de-Lacolle.....	65504	0
Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante).....	62722	1	Saint-Bernard-Partie-Sud (Les Maskoutains).....	65131	0
Saint-Agapit.....	62823	1	Saint-Blaise.....	65509	0
Saint-Aimé (Le Bas Richelieu).....	65002	1	Saint-Bonaventure.....	64202	1
Saint-Aimé-des-Lacs (Charlevoix-Est).....	61121	1	Saint-Boniface-de-Shawinigan.....	64326	1
Saint-Alban.....	62948	0	Saint-Bruno (Lac Saint-Jean-Est).....	69313	3*
Saint-Albert de Warwick.....	63432	1	Saint-Bruno-de-Guigues.....	68319	5*
Saint-Alexandre (Le Haut-Richelieu).....	65308	0	Saint-Bruno-de-Kamouraska.....	61004	3*
Saint-Alexandre (Kamouraska).....	61011	3*	Saint-Bruno-de-Montarville.....	65608	0
Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia).....	60510	4*	Saint-Calixte.....	66118	0
Saint-Alexis (Montcalm).....	66108	0	Saint-Camille (Asbestos).....	62606	0
Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon).....	60449	5*	Saint-Camille-de-Lellis (Les Etchemins).....	61501	1
Saint-Alexis-des-Monts (Maskinongé).....	64723	1	Saint-Casimir.....	62950	0
Saint-Alfred.....	62342	1	Saint-Célestin.....	63334	1
Saint-Alphonse (Bonaventure).....	60424	5*	Saint-Césaire.....	65208	0
			Saint-Charles (Bellechasse).....	61528	0
			Saint-Charles-Borromée (Joliette).....	65811	0
			Saint-Charles-de-Bourget.....	69454	2
			Saint-Charles-de-Mandeville.....	64926	0
			Saint-Charles-Garnier.....	60703	4*

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Saint-Charles-sur-Richelieu	65122	0	Saint-Eugène-de-Guigues.....	68322	5*
Saint-Christophe-d'Arthabaska	63418	1	Saint-Eugène-de-Ladrière	60753	4*
Saint-Chrysostome	66904	0	Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912	4*
Saint-Claude	63524	0	Saint-Eustache	67303	0
Saint-Clément	60808	4*	Saint-Évariste-de-Forsyth	62444	1
Saint-Cléophas (D'Autray)	65819	0	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette)....	60751	4*
Saint-Cléophas (La Matapédia)	60528	4*	Saint-Fabien-de-Panet.....	61406	1
Saint-Clet	67110	0	Saint-Faustin-Lac-Carré	66369	0
Saint-Colomban	67334	0	Saint-Félicien	69023	3*
Saint-Côme (Matawinie)	65836	0	Saint-Félix-de-Dalquier	68431	5*
Saint-Côme-Linière	62311	1	Saint-Félix-de-Valois	65821	0
Saint-Constant	66614	0	Saint-Félix-d'Otis	69404	2
Saint-Cuthbert	64918	0	Saint-Ferdinand	62736	1
Saint-Cyprien (Les Etchemins)	62201	1	Saint-Ferréol-les-Neiges	61704	0
Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup)	60802	3*	Saint-Flavien (Lotbinière).....	62828	1
Saint-Cyprien-de-Napierville	66701	0	Saint-Fortunat	62638	1
Saint-Cyrille-de-Lessard	61314	1	Saint-François-d'Assise (Avignon) ...	60451	5*
Saint-Cyrille-de-Wendover	64128	1	Saint-François-de-la-Rivière-		
Saint-Damase	65102	0	du-Sud	61421	1
Saint-Damase (Matapédia).....	60539	4*	Saint-François-de-Sales	69008	3*
Saint-Damase-de-l'Islet	61312	1	Saint-François-du-Lac	64228	1
Saint-Damien (Matawinie)	64928	0	Saint-François-Xavier-de-Brompton ..	63512	0
Saint-Damien-de-Buckland	61509	0	Saint-François-Xavier-de-Viger	60809	3
Saint-David (Le Bas-Richelieu).....	64214	1	Saint-François-Xavier-des-Hauteurs ..	60701	4*
Saint-David-de-Falardeau	69446	2	Saint-Frédéric (Robert-Cliche)	62359	1
Saint-Denis (Kamouraska)	61032	3*	Saint-Fulgence	69437	2
Saint-Denis-de-Brompton	63504	0	Saint-Gabriel (D'Autray)	64924	0
Saint-Denis-sur-Richelieu	65126	0	Saint-Gabriel (La Mitis).....	60709	4*
Saint-Didace	64721	0	Saint-Gabriel-de-Brandon	64922	0
Saint-Dominique (Les Maskoutains) ..	64005	0	Saint-Gabriel-de-Valcartier	62055	0
Saint-Dominique-du-Rosaire	68433	5*	Saint-Gabriel-Lalemant.....	61008	3*
Saint-Donat (La Mitis)	60722	4*	Saint-Gédéon-de-Beauce	62429	1
Saint-Donat (Matawinie)	66126	0	Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est) ..	69317	3*
Saint-Edmond-les-Plaines	69051	4*	Saint-Georges	62322	1
Saint-Edmond-de-Grantham	64141	1	Saint-Georges (Le Centre-de-la-		
Saint-Édouard (Les Jardins-de-			Mauricie).....	63239	1
Napierville)	66706	0	Saint-Georges-de-Cacouna	60831	3*
Saint-Édouard-de-Fabre	68302	5*	Saint-Georges-de-Clarenceville	65408	0
Saint-Édouard-de-Frampton	62222	1	Saint-Georges-de-Windsor	63522	0
Saint-Édouard-de-Lotbinière	62834	1	Saint-Gérard-des-Laurentides	64329	1
Saint-Édouard-de-Maskinongé.....	64719	1	Saint-Gérard-Majella (Le Bas-		
Saint-Élie	64332	1	Richelieu).....	64229	1
Saint-Élie-d'Orford	63612	0	Saint-Germain (Kamouraska).....	61028	3*
Saint-Éloi (Les Basques)	60822	4*	Saint-Germain-de-Grantham	64139	1
Saint-Elphège (Nicolet-Yamaska)	64211	1	Saint-Gervais (Bellechasse)	61522	0
Saint-Elzéar (Bonaventure).....	60416	5*	Saint-Gilbert (Portneuf).....	62931	0
Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce) ..	62379	1	Saint-Gilles (Lotbinière)	62812	1
Saint-Elzéar (Témiscouata).....	60924	4*	Saint-Godefroi (Bonaventure).....	60408	5*
Saint-Émile (CUQ)	62031	0	Saint-Guillaume (Drummond).....	64206	1
Saint-Émile-de-Suffolk	67546	1	Saint-Guillaume-Nord (Matawinie) ..	65891	0
Saint-Éphrem-de-Beauce	62348	1	Saint-Guy (Les Basques)	60716	4*
Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup) ...	60814	3*	Saint-Henri	62103	0
Saint-Esprit (Montcalm)	66111	0	Saint-Henri-de-Taillon	69332	3*
Saint-Étienne-de-Beauharnois	67001	0	Saint-Herménégilde.....	63705	0
Saint-Étienne-de-Beaumont	61534	0	Saint-Hilaire-de-Dorset	62431	1
Saint-Étienne-de-Bolton	63814	0	Saint-Hilarion	61216	1
Saint-Étienne-de-Lauzon	62116	0	Saint-Hippolyte	66331	0
Saint-Étienne-des-Grès	64314	1	Saint-Honoré	69443	2
Saint-Eugène (Drummond).....	64142	1	Saint-Honoré (Témiscouata).....	60929	4*
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine) ..	69056	4*	Saint-Honoré-de-Shenley	62326	1

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Saint-Hubert (Champlain).....	65610	0	Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)....	60518	4*
Saint-Hubert (Rivière-du-Loup).....	60804	3*	Saint-Liboire (Les Maskoutains)	64018	0
Saint-Hugues (Les Maskoutains).....	64030	0	Saint-Liguori (Montcalm)	66102	0
Saint-Hyacinthe	65110	0	Saint-Lin-Laurentides.....	66226	0
Saint-Ignace-de-Loyola	64901	0	Saint-Louis (Les Maskoutains).....	65006	0
Saint-Ignace-de-Stanbridge	65429	0	Saint-Louis-de-Blandford.....	63444	1
Saint-Irénée (Charlevoix-Est).....	61116	1	Saint-Louis-de-Gonzague		
Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce).....	62242	1	(Beauharnois-Salaberry)	67002	0
Saint-Isidore (Roussillon).....	66618	0	Saint-Louis-de-Gonzague		
Saint-Isidore-de-Clifton.....	62509	0	(Les Etchemins).....	62202	1
Saint-Jacques (Montcalm).....	66106	0	Saint-Louis-de-Gonzague-du-		
Saint-Jacques-de-Leeds	62716	1	Cap-Tourmente.....	61703	0
Saint-Jacques-le-Majeur-de-			Saint-Louis-du-Ha! Ha!.....	60922	4*
Wolfestown.....	62636	1	Saint-Luc (Les Etchemins).....	62211	1
Saint-Jacques-le-Mineur.....	66601	0	Saint-Luc-de-Vincennes	63215	1
Saint-Janvier-de-Joly	62816	1	Saint-Lucien (Drummond)	64111	1
Saint-Jean-Baptiste (Rouville)	65221	0	Saint-Ludger (Le Granit).....	62422	1
Saint-Jean-Chrysostome (Chutes-			Saint-Ludger-de-Milot.....	69029	3*
de-la-Chaudière).....	62112	0	Saint-Magloire-de-Bellechasse		
Saint-Jean-de-Brébeuf (L'Amiante) ..	62719	1	(Les Etchemins).....	61502	1
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane).....	60604	4*	Saint-Majorique-de-Grantham	64136	1
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) ..	60806	4*	Saint-Malachie (Bellechasse).....	62221	0
Saint-Jean-de-la-Lande			Saint-Malo (Coaticook)	62506	0
(Témiscouata).....	60903	4*	Saint-Marc-de-Figuery	68422	5*
Saint-Jean-de-Matha	65829	0	Saint-Marc-des-Carières	62932	0
Saint-Jean-des-Piles	63246	1	Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	4*
Saint-Jean-Iberville	65514	0	Saint-Marcel (L'Islet).....	61309	1
Saint-Jean-Port-Joli.....	61322	1	Saint-Marcel-de-Richelieu	65001	0
Saint-Jérôme.....	66328	0	Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) ..	60711	4*
Saint-Joachim (La Côte-de-			Saint-Marc-sur-Richelieu	65708	0
Beaupré).....	61702	0	Saint-Martin (Beauce-Sartigan)	62314	1
Saint-Joachim-de-Sheffield	63928	0	Saint-Mathias-sur-Richelieu	65222	0
Saint-Joseph-de-Beauce.....	62354	1	Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	5*
Saint-Joseph-de-Cléricky	68435	5*	Saint-Mathieu (Roussillon)	66604	0
Saint-Joseph-de-Coleraine.....	62711	1	Saint-Mathieu-de-Beloeil	65702	0
Saint-Joseph-de-Ham-Sud	62618	0	Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	4*
Saint-Joseph-de-Kamouraska	61012	3*	Saint-Mathieu-du-Parc	64331	1
Saint-Joseph-de-la-Pointe-de-Lévy ..	62108	0	Saint-Maurice.....	63216	1
Saint-Joseph-de-Lepage.....	60718	4*	Saint-Maxime-du-Mont-Louis.....	60304	5*
Saint-Joseph-des-Érables	62356	1	Saint-Médard (Les Basques).....	60729	4*
Saint-Joseph-de-Sorel	65019	1	Saint-Michel (Bellechasse).....	61532	0
Saint-Joseph-du-Lac	67308	0	Saint-Michel (Les Jardins-de-		
Saint-Jude (Les Maskoutains)	65129	0	Napierville).....	66708	0
Saint-Jules (Robert-Cliche).....	62358	1	Saint-Michel-des-Saints.....	64932	0
Saint-Julien (L'Amiante)	62639	1	Saint-Michel-du-Squatec	60918	4*
Saint-Just-de-Bretenières	61402	1	Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) ...	60816	3*
Saint-Juste-du-Lac	60908	4*	Saint-Moise (La Matapédia)	60534	4*
Saint-Justin (Maskinongé)	64711	1	Saint-Narcisse	63226	1
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest).....	68469	5*	Saint-Narcisse-de-Beaurivage	62811	1
Saint-Lambert (Champlain)	65623	0	Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	4*
Saint-Lambert-de-Lauzon	62106	0	Saint-Nazaire (Lac Saint-Jean-Est) ..	69456	3*
Saint-Laurent (CUM).....	66534	0	Saint-Nazaire-d'Acton.....	64024	0
Saint-Lazare (Bellechasse).....	61516	0	Saint-Nazaire-de-Dorchester	62219	0
Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges) ..	67218	0	Saint-Nérée (Bellechasse).....	61514	0
Saint-Léandre (Matane).....	60609	4*	Saint-Nicolas.....	62128	0
Saint-Léonard (CUM).....	66551	0	Saint-Noël (La Matapédia).....	60536	4*
Saint-Léonard-d'Aston	63321	1	Saint-Norbert (D'Autray)	64919	0
Saint-Léonard-de-Portneuf	62942	0	Saint-Norbert-d'Arthabaska.....	63414	1
Saint-Léon-de-Standon.....	62218	0	Saint-Norbert-de-Montbrun	68437	5*
Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé) ..	64708	1	Saint-Octave-de-Métis.....	60631	4*

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Saint-Odilon-de-Cranbourne	62216	1	Saint-Sébastien (Le Haut-Richelieu)	65301	0
Saint-Omer (L'Islet)	61302	1	Saint-Sévère (Maskinongé)	64318	1
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	3*	Saint-Séverin (Robert-Cliche)	62372	1
Saint-Ours (Le Bas-Richelieu)	65012	1	Saint-Séverin (Mékinac)	63224	1
Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	3*	Saint-Siméon	61102	1
Saint-Pamphile (L'Islet)	61301	1	Saint-Siméon (Bonaventure)	60421	5*
Saint-Pascal	61018	3*	Saint-Simon (Les Basques)	60754	4*
Saint-Patrice-de-Beaurivage	62805	1	Saint-Simon (Les Maskoutains)	64029	0
Saint-Patrice-de-Sherrington	66704	0	Saint-Simon-les-Mines	62332	1
Saint-Paul (Joliette)	65802	0	Saint-Sixte (Papineau)	67529	1
Saint-Paul-d'Abbotsford	65204	0	Saint-Stanislas	63220	1
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	3*	Saint-Stanislas (Maria- Chapedelaine)	69039	4*
Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix	65506	0	Saint-Stanislas-de-Kostka	67004	0
Saint-Paul-de-Montminy	61409	1	Saint-Sulpice (L'Assomption)	66211	0
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton	69736	5*	Saint-Sylvère (Bécancour)	63313	1
Saint-Paulin (Maskinongé)	64714	1	Saint-Sylvestre (Lotbinière)	62802	1
Saint-Philémon (Bellechasse)	61506	0	Saint-Télesphore (Vaudreuil- Soulanges)	67126	0
Saint-Philibert (Beauce-Sartigan)	62316	1	Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509	4*
Saint-Philippe (Roussillon)	66602	0	Saint-Théodore-d'Acton	64022	0
Saint-Philippe-de-Néri	61019	3*	Saint-Théophile (Beauce-Sartigan)	62303	1
Saint-Pie	64002	0	Saint-Thomas (Joliette)	65801	0
Saint-Pie-de-Guire (Drummond)	64212	1	Saint-Thomas-Didyme	69052	4*
Saint-Pierre (Joliette)	65804	0	Saint-Thuribe (Portneuf)	62954	0
Saint-Pierre-Baptiste	62731	1	Saint-Tite (Mékinac)	63231	1
Saint-Pierre-de-Broughton	62370	1	Saint-Tite-des-Caps	61701	0
Saint-Pierre-de-Lamy	60930	4*	Saint-Ubalde (Portneuf)	62957	0
Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud	61419	1	Saint-Ulric	60624	4*
Saint-Pierre-de-Veronne-à- Pike-River	65428	0	Saint-Urbain (Charlevoix)	61218	1
Saint-Pierre-les-Becquets	63344	1	Saint-Urbain-Premier	66908	0
Saint-Placide (Deux-Montagnes)	67324	0	Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu)	65508	0
Saint-Polycarpe (Vaudreuil- Soulanges)	67122	0	Saint-Valère (Arthabaska)	63438	1
Saint-Prime (Le Domaine du Roy)	69020	3*	Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746	4*
Saint-Prosper (Les Etchemins)	62204	1	Saint-Valérien-de-Milton	63939	0
Saint-Prosper	63212	1	Saint-Vallier (L'Amiante)	61531	0
Saint-Raphaël (Bellechasse)	61521	0	Saint-Venant-de-Hereford	62502	0
Saint-Raphaël-d'Alberville	60508	4*	Saint-Vianney (La Matapédia)	60521	4*
Saint-Raymond (Portneuf)	62941	0	Saint-Victor (Robert-Cliche)	62346	1
Saint-Rédempteur (Les Chutes- de-la-Chaudière)	62118	0	Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska)	63318	1
Saint-Rémi (Les Jardins-de- Napierville)	66712	0	Saint-Zacharie (Les Etchemins)	62306	1
Saint-Rémi-de-Tingwick	63406	1	Saint-Zénon (Matawinie)	64929	0
Saint-René (Beauce-Sartigan)	62312	1	Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519	4*
Saint-René-de-Matane	60613	4*	Saint-Zénon-de-Courval	64209	1
Saint-Robert (Le Bas-Richelieu)	65008	1	Saint-Zotique (Vaudreuil- Soulanges)	67115	0
Saint-Robert-Bellarmin	62419	1	Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut)	66351	0
Saint-Roch-de-l'Achigan	66221	0	Sainte-Agathe-de-Lotbinière	62810	1
Saint-Roch-de-Mékinac	63248	1	Sainte-Agathe-des-Monts	66362	0
Saint-Roch-de-Richelieu	65014	1	Sainte-Angèle (Maskinongé)	64718	1
Saint-Roch-des-Aulnaies	61321	1	Sainte-Angèle-de-Méridi	60706	4*
Saint-Romain (Le Granit)	62436	1	Sainte-Angèle-de-Monnoir	65209	0
Saint-Romuald (Les Chutes-de- la-Chaudière)	62125	0	Sainte-Anne-de-Beaupré	61710	0
Saint-Rosaire (Arthabaska)	63436	1	Sainte-Anne-de-Bellevue	66521	0
Saint-Samuel (Arthabaska)	63301	1	Sainte-Anne-de-la-Pérade	63201	1
Saint-Sauveur	66341	0	Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036	3*
Saint-Sébastien (Le Granit)	62433	1	Sainte-Anne-de-la-Rochelle	63918	0
			Sainte-Anne-de-Sabrevois	65309	0
			Sainte-Anne-des-Lacs	66338	0
			Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312	5*

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Sainte-Anne-de-Sorel.....	65016	1	Sainte-Julie (Lajemmerais)	65706	0
Sainte-Anne-des-Plaines	66314	0	Sainte-Julienne (Montcalm).....	66112	0
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine- Labelle).....	67650	4*	Sainte-Justine (Les Etchemins)	62206	1
Sainte-Anne-du-Sault.....	63448	1	Sainte-Justine-de-Newton	67219	0
Sainte-Apolline-de-Patton	61408	1	Sainte-Louise (L'Islet)	61316	1
Sainte-Aurélié (Les Etchemins)	62308	1	Sainte-Luce-Luceville	60734	4*
Sainte-Barbe (Le Haut- Saint-Laurent)	66819	0	Sainte-Lucie-de-Beauregard	61404	1
Sainte-Béatrix (Matawinie).....	65831	0	Sainte-Lucie-des-Laurentides	66358	0
Sainte-Blandine (Rimouski- Neigette).....	60726	4*	Sainte-Madeleine (Les Maskoutains)	65106	0
Sainte-Brigide-d'Iberville	65311	0	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine	60302	5*
Sainte-Brigitte-de-Laval	61716	0	Sainte-Marcelline-de-Kildare	65828	0
Sainte-Brigitte-des-Saults	63324	1	Sainte-Marguerite (Matapédia).....	60501	4*
Sainte-Catherine (Roussillon)	66606	0	Sainte-Marguerite (La Nouvelle- Beauce)	62228	1
Sainte-Catherine-de-Hatley	63731	0	Sainte-Marguerite-Estérel.....	66349	0
Sainte-Catherine-de-la- Jacques-Cartier	62909	0	Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce)	62375	1
Sainte-Cécile-de-Levrard.....	63342	1	Sainte-Marie-de-Blandford	63327	1
Sainte-Cécile-de-Milton	63932	0	Sainte-Marie-Madeleine.....	65104	0
Sainte-Cécile-de-Whitton	62414	1	Sainte-Marie-Salome	66101	0
Sainte-Christine (Acton).....	64008	0	Sainte-Marthe (Vaudreuil- Soulanges).....	67220	0
Sainte-Christine (Portneuf).....	62944	0	Sainte-Marthe-sur-le-Lac	67306	0
Sainte-Claire (Bellechasse)	62225	0	Sainte-Martine (Beauharnois- Salaberry)	66919	0
Sainte-Clotilde-de-Beauce	62351	1	Sainte-Mélanie (Joliette)	65824	0
Sainte-Clotilde-de-Châteauguay	66901	0	Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska)	63341	1
Sainte-Clotilde-de-Horton	63439	1	Sainte-Monique (Lac Saint-Jean Est).....	69336	3*
Sainte-Croix	62852	1	Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742	4*
Sainte-Edwidge-de-Clifton.....	62511	0	Sainte-Paule (Matane)	60610	4*
Sainte-Élisabeth (D'Autray).....	65809	0	Sainte-Perpétue (L'Islet)	61306	1
Sainte-Élisabeth-de-Warwick	63424	1	Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska)	63322	1
Sainte-Émélie-de-l'Énergie	65834	0	Sainte-Praxède (L'Amiante).....	62631	1
Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska).....	63302	1	Sainte-Rita (Les Basques)	60801	4*
Sainte-Euphémie-sur-Rivière- du-Sud	61412	1	Sainte-Rose-de-Watford	62208	1
Sainte-Félicité (Matane)	60618	4*	Sainte-Rose-du-Nord	69434	2
Sainte-Félicité (L'Islet).....	61308	1	Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi) ..	65432	0
Sainte-Flavie (La Mitis)	60731	4*	Sainte-Sabine (Les Etchemins)	61504	1
Sainte-Florence (La Matapédia)	60502	4*	Sainte-Séraphine (Arthabaska)	63434	1
Sainte-Foy	62017	0	Sainte-Sophie	66321	0
Sainte-Françoise (Les Basques)	60811	4*	Sainte-Sophie (L'Érable)	62739	1
Sainte-Françoise (Bécancour).....	62839	1	Sainte-Sophie-de-Lévrard	63326	1
Sainte-Geneviève (CUM).....	66541	0	Sainte-Thècle (Mékinac).....	63242	1
Sainte-Geneviève-de-Batiscan	63214	1	Sainte-Thérèse (Thérèse-de- Blainville)	66309	0
Sainte-Geneviève-de-Berthier	64904	0	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216	5*
Sainte-Germaine-Boule	68441	5*	Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau	67832	4*
Sainte-Gertrude-Manneville	68425	5*	Sainte-Ursule (Maskinongé)	64709	1
Sainte-Hedwidge (Le Domaine- du-Roy)	69018	3*	Sainte-Victoire-de-Sorel	65009	1
Sainte-Hélène (Kamouraska).....	61014	3*	Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce)	62368	1
Sainte-Hélène-de-Bagot	64027	0	Saints-Martyrs-Canadiens	62626	1
Sainte-Hélène-de-Breakville	62114	0	Salaberry-de-Valleyfield	67016	0
Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456	5*	Salluit	69875	6*
Sainte-Hénédine (La Nouvelle- Beauce)	62229	1	Sault-au-Cochon (La Côte-de- Beaupré).....	61791	0
Sainte-Irène (La Matapédia).....	60526	4*	Sayabec	60530	4*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia).....	60538	4*	Schefferville	69801	6*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Maria- Chapdelaine)	69033	4*	Scotstown	62538	0

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Scott.....	62231	1	Val-Saint-Gilles	68471	5*
Senneterre	68409	5*	Val-Senneville	68401	5*
Senneville	66524	0	Vanier.....	62021	0
Sept-Îles.....	69711	5*	Varennes.....	65713	0
Shannon.....	62914	0	Vassan.....	68423	5*
Shawinigan	64319	1	Vaudreuil-Dorion.....	67215	0
Shawinigan-Sud.....	63234	1	Venise-en-Québec.....	65411	0
Shawville	68009	4*	Verchères	65717	0
Sheen-Esher-Aberdeen-et-Malakoff	68039	4*	Verdun	66501	0
Shefford	63904	0	Victoriaville	63431	1
Sherbrooke	63608	0	Ville-Marie.....	68304	5*
Shigawake	60406	5*	Villeroy	62819	1
Shipshaw	69447	2	Waltham-et-Bryson	68031	4*
Sillery	62016	0	Warden	63909	0
Sorel-Tracy.....	65021	1	Warwick	63422	1
Stanbridge	65421	0	Waskaganish (Fort-Rupert)	69885	6*
Stanbridge Station.....	65426	0	Waswanipi (Terre réservée).....	69880	6*
Stanstead.....	63714	0	Waswanipi (Village Cri).....	69810	6*
Stanstead-Est	63716	0	Waterloo	63906	0
Stoke.....	63508	0	Waterville	62519	0
Stoneham-et-Tewkesbury	62051	0	Weedon	62611	0
Stornoway	62438	1	Wemindji (Village Cri)	69840	6*
Stratford.....	62621	1	Wendake (Village-des-Huron)	62081	0
Suffolk-et-Addington.....	67546	1	Wentworth.....	67422	0
Sullivan	68410	5*	Wentworth-Nord	67424	0
Sutton.....	63804	0	Westbury	62532	0
Tadoussac	69744	5*	Westmount.....	66526	0
Taschereau	68436	5*	Weymontachie (Réserve indienne) ..	63282	4*
Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles).....	69862	6*	Whapmagoostui (Réserve indienne) ..	69888	6*
Témiscaming	68301	5*	Whitworth (Réserve indienne)	60882	3*
Terrasse-Vaudreuil	67204	0	Wickham.....	64120	1
Terrebonne.....	66201	0	Windsor	63511	0
Thetford Mines.....	62709	1	Winneway	68388	5*
Thorne	68012	4*	Wolinak (Réserve indienne).....	63381	1
Thurso.....	67512	1	Wotton	62608	0
Timiskaming (Réserve indienne)	68389	5*	Wright-Gracefield-Northfield	67826	4*
Tingwick.....	63410	1	Yamachiche.....	64311	1
Tourville.....	61311	1	Yamaska	64232	1
Trecesson	68432	5*			
Tremblay	69439	2			
Très-Saint-Rédempteur.....	67224	0			
Très-Saint-Sacrement	66921	0			
Tring-Jonction	62361	1			
Trois-Pistoles.....	60821	4*			
Trois-Rivières	64302	1			
Ulverton	64106	0			
Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847	6*			
Upton	64014	0			
Val-Alain.....	62818	1			
Val-Bélair.....	62050	0			
Val-Brillant.....	60524	4*			
Valcourt.....	63924	0			
Val-David	66356	0			
Val-des-Bois.....	67556	1			
Val-des-Lacs.....	66128	0			
Val-des-Monts.....	67537	1			
Val-d'Or.....	68403	5*			
Vallée-Jonction	62371	1			
Val-Morin.....	66354	0			
Val-Racine.....	62409	1			

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Les rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

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

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

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

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

4. PAIEMENT

Spécialistes

4.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3	
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20xx-10-07	20xx-09-26 (T) 20xx-09-16 (P)	001 003	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
UNTEL ROBERT 1125 CHEMIN ST-LOUIS SILLERY QC G1K 7T3 ⑨			Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à : Québec: (418) 643-8210 Montréal: (514) 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776				
SOMMAIRE							
MESSAGES GÉNÉRAUX							
ATTENTION « ATTENTION » VOUS POUVEZ COMMANDER UN ÉTAT DE REVENU PAR INFO-PROF - QUÉBEC.							
SPÉCIMEN							
OR341 2702 306 0594				VOIR AU VERSO			

Remarque : Cet exemple d'état de compte est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

4.4.1 Description

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

4.4.1.1 Renseignements généraux

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

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

4.4.1.2 Sommaire

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

**Messages généraux
Paielements et retenues**

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

Déductions cumulatives**Description des codes de transaction**

4. PAIEMENT

Spécialistes

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

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

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

NOM

UNTEL ROBERT

NUMÉRO DU PROFESSIONNEL

1-11111-0

NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

11119

NO DU CHEQUE OU VIREMENT

23048888 C

DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

02-03-15

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU

02-03-10 (P)

NUMÉRO DU PAIEMENT

OR-10

PAGE

003

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a	6a															
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																				
9762	020224	MORJ	02	633	32,10	9771		00674			633		9781	020224	PALL	02			32,10	
9762	020224	00674			32,10	9772	020224	CHAB	02		633	32,10	9781	020224	00672		633			
9763	020224	NGUT	02	633	32,10	9772		00674			633		9782	020224	CARR	02			32,10	
9763	020224	00674			32,10	9773	020224	GIRL	02		633	32,10	9782	020224	00674		633			
9764	020224	PANG	02	633	32,10	9773		00677			633		9783	020224	RICM	02			32,10	
9764	020224	00677			32,10	9774	020224	BERG	02		633	32,10	9783	020224	00677		633			
9765	020224	VALM	02	633	32,10	9774		00674			633		9784	020224	BERG	02			32,10	
9765	020224	00674			32,10	9775	020224	HARF	02		633	32,10	9784	020224	00674		633			
9766	020224	BERS	02	633	32,10	9775		00674			633		9785	020224	MARF	02			32,10	
9766	020224	00674			32,10	9776	020224	LEVL	02		633	32,10	9785	020224	00674		633			
9767	020224	BOUF	02	633	32,10	9776		00674			633		9786	020224	PEPT	02			32,10	
9767	020224	00677			32,10	9777	020224	PANG	02		633	32,10	9786	020224	00674		633			
9768	020224	DROR	02	633	32,10	9777		0677			633		9787	020224	CORR	02			32,10	
9768	020224	00674			32,10	9778	020224	POUC	02		633	32,10	9787	020224	00674		633			
9769	020224	GAGJ	02	633	32,10	9778		00674			633		9788	020224	MICJ	02			32,10	
9769	020224	00677			32,10	9779	020224	RACC	02		633	32,10	9788	020224	00674		633			
9770	020224	HIRS	02	633	32,10	9779		00674			633		9789	020224	WONA	02			32,10	
9770	020224	00674			32,10	9780	020224	VISJ	02		633	32,10	9789	020224	00674		633			
9771	020224	LUCM	02		32,10	9780		00677			633									

REMARQUE:

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

FIN DU RELEVÉ

SPÉCIMEN

OR343 4702 306 0994

4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant.
(Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- Les demandes de paiement CSST sont identifiées par la lettre « S » ou « T » qui précède le numéro.
 - Les demandes de paiement SLE sont identifiées par la lettre « H » qui précède le numéro.
- # 2a.** DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : 051007, i.e. 05 pour 2005, 10 pour octobre et 07 pour le quantième.
- 3a.** ACTE. Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** BÉNÉFICIAIRE (Personne assurée). Les quatre premiers caractères du NAM.
- 5a.** CODE. Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.7.1) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir l'onglet « Messages explicatifs »).
- 6a.** MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification (Voir 4.5). Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

SECTION DE L'ÉTAT DE COMPTE RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

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

NOU

UNTEL

ROBERT

0-00000-0

00000

00000000 V

20xx-10-07

DEMANDES DE PAIEMENT
RECUES JUSQU'AU

20xx-09-26 (T)

20xx-09-16 (P)

NUMÉRO
DU PAIEMENT

OR-40

PAGE

002

DE

002

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

OR344 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2006

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

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

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

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

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

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

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

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

SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(35)						1	
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	
23	24	25	26	27	28	29	
30							

OCTOBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)	1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13	
14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	
28	29	30	31				

NOVEMBRE							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(44)			1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18	
19	20	21	22	23	24	25	
26	27	28	29	30			

DÉCEMBRE							*17
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(48)						1	
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	
23	24	25	26	27	28	29	
30	31						

7095 292 09/10

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

*NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT

● DATE - DÉPÔT DIRECT

4. PAIEMENT

Spécialistes

CALENDRIER DE PAIEMENT (2007)

Régie de l'assurance maladie
Québec

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

2007

JANVIER							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(1)	1	2	3	4	5	6	
(2)	7	8	9	10	11	12	13
(3)	14	15	16	17	18	19	20
(4)	21	22	23	24	25	26	27
(5)	28	29	30	31			
FÉVRIER							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(6)				1	2	3	
(7)	4	5	6	7	8	9	10
(8)	11	12	13	14	15	16	17
(9)	18	19	20	21	22	23	24
(10)	25	26	27	28			
MARS							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(9)				1	2	3	
(10)	4	5	6	7	8	9	10
(11)	11	12	13	14	15	16	17
(12)	18	19	20	21	22	23	24
(13)	25	26	27	28	29	30	31
AVRIL							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(14)	1	2	3	4	5	6	7
(15)	8	9	10	11	12	13	14
(16)	15	16	17	18	19	20	21
(17)	22	23	24	25	26	27	28
(18)	29	30					
MAI							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(18)				1	2	3	4
(19)	5	6	7	8	9	10	11
(20)	12	13	14	15	16	17	18
(21)	19	20	21	22	23	24	25
(22)	26	27	28	29	30	31	
JUIN							*19
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(22)					1	2	
(23)	3	4	5	6	7	8	9
(24)	10	11	12	13	14	15	16
(25)	17	18	19	20	21	22	23
(26)	24	25	26	27	28	29	30
JUILLET							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(27)	1	2	3	4	5	6	7
(28)	8	9	10	11	12	13	14
(29)	15	16	17	18	19	20	21
(30)	22	23	24	25	26	27	28
(31)	29	30	31				
AOÛT							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(31)				1	2	3	4
(32)	5	6	7	8	9	10	11
(33)	12	13	14	15	16	17	18
(34)	19	20	21	22	23	24	25
(35)	26	27	28	29	30	31	
SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(35)						1	
(36)	2	3	4	5	6	7	8
(37)	9	10	11	12	13	14	15
(38)	16	17	18	19	20	21	22
(39)	23	24	25	26	27	28	29
(40)	30						
OCTOBRE							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)		1	2	3	4	5	6
(41)	7	8	9	10	11	12	13
(42)	14	15	16	17	18	19	20
(43)	21	22	23	24	25	26	27
(44)	28	29	30	31			
NOVEMBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(44)				1	2	3	
(45)	4	5	6	7	8	9	10
(46)	11	12	13	14	15	16	17
(47)	18	19	20	21	22	23	24
(48)	25	26	27	28	29	30	
DÉCEMBRE							*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(48)						1	
(49)	2	3	4	5	6	7	8
(50)	9	10	11	12	13	14	15
(51)	16	17	18	19	20	21	22
(52)	23	24	25	26	27	28	29
(53)	30	31					

7095_295_03/03

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

DATE DU PAIEMENT DATE - DÉPÔT DIRECT

7095 292 03/10

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) ne figure pas à nos fichiers.
- 214** Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro du compte administratif (groupe) qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés à l'annexe de la lettre d'entente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en Anesthésiologie (réf. : Addendum 8 -Ultrasonographie et Protocole II, Annexe 5 Tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem, selon les conditions établies aux articles 1.2 ou 1.3 de l'Annexe 15 ou à la Lettre d'entente A-35, 96, 98, 106 ou 123 (Brochure n° 1), peuvent demander 20% des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 218** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie (réf. : Annexe 26 ou 33, article 2.4 ou Lettre d'entente n° 100, article 7).
- 219** Conformément à la Règle d'application n° 25, la rémunération de cet acte est comprise dans celle de l'acte indiqué en référence.
- 223** Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 225** Le service facturé ne peut vous être payé puisqu'il n'est pas assuré (réf. : Loi sur l'assurance maladie, article 3).
- 226** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 227** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 228** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 27.
- 229** Conformément au maximum de la Règle d'application n° 27, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 233** L'acte pour lequel vous demandez une majoration ne peut être payé puisqu'il requiert une anesthésie générale (réf. : règle 24 du Préambule général).
- 234** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 235** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 236** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 23.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 237** En raison de la Règle d'application n° 17, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 238** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18.
- 239** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18 et déjà payé à un autre professionnel.
- 240** En raison de la Règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 241** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 072.
- 242** Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du Préambule général.
- 243** Le supplément de consultation n'est pas payable lorsqu'un patient a été examiné par un autre pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence du même centre hospitalier (réf. : règle 5 (règle 4 à compter du 1^{er} octobre 2000), Addendum 2 - Pédiatrie).
- 244** En raison de la règle 6 (règle 5 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie, le supplément de durée n'est rémunérable que deux fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 245** En raison de la règle 8.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 246** En raison de la Règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 247** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25.
- 248** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25 et déjà payé à un autre professionnel.
- 249** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 253** Le code d'acte réclamé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez (réf. : article 2 de l'Addendum 1 - Médecine).
- 256** Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.
- 257** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 258** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 259** Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue ou un neurochirurgien.

- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible à la date de l'acte.
- 262** La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.
- 263** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.
- 264** Conformément à la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu, selon la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie).
- 265** Conformément à la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être différente de celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu, selon la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie).
- 266** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique).
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire).
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5, (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 273** En raison de la règle 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la visite payable dans le cas d'un patient traité d'urgence a déjà été réclamée.
- 274** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec votre spécialité.
- 275** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- # 276** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie, vous ne pouvez facturer cet acte.
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 281** Le montant des actes des sections cathétérismes veineux n'est pas comptabilisé dans le cumul du maximum d'honoraires payable pour les services codés 0300 ou 0310, car ils sont inclus dans le cathétérisme cardiaque.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 283** Seuls les médecins neurochirurgiens ou urologues désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour ces spécialités dans cet établissement.
- 284** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 285** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 286** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie).
- 287** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 288** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 289** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 23.1 du Préambule général).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif: le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 304** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 136, 137, 138 et 139).
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du Formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 307** En raison de la règle 2 de l'Addendum 2 - Pédiatrie, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.

- # **353** En raison de la règle 24 ou 27 du Préambule général, **un seul acte** est payable avec le modificateur 070 ou 167 et ce, pour **l'ensemble** des actes diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgicaux.
- 354** Selon la note, les services rendus en établissement sont payables pour un patient de moins de 5 ans.
- 355** En fonction du libellé (description) de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- # **359** En raison de la règle 24 ou 27 du Préambule général, le modificateur 070 ou 167 est non applicable puisque le total des honoraires des actes diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgicaux est supérieur à celui inscrit à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 360** Le code d'acte n'est pas inscrit. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 361** L'acte effectué doit être facturé en utilisant le code 0907 ou 0908 selon la note qui accompagne ces codes d'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 371** Le sexe de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé (description) respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 377** En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 378** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, selon les dispositions relatives à la rémunération différente et à la rémunération progressive, et selon les données inscrites sur la ligne de service.
- 379** Le service ne peut être rémunéré car le numéro de dossier inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES correspond à un numéro de dossier refusé.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.
- 381** Les services ont été refusés car le test, le laboratoire choisi (nom et lieu) ou le numéro de dossier n'ont pas été inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vous reporter à l'**AVIS** qui figure à la règle 4 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).

- 382** Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitements collectifs.
- 383** Ce code d'acte doit être facturé dans la section ACTES.
- 384** Ce code d'acte doit être facturé sur plus d'une ligne.
- 386** En raison de la règle 4 du Préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation.
- # **390** En raison de la règle 25 du Préambule général, le modificateur 142 est non applicable puisque le total des honoraires des actes diagnostiques et thérapeutiques, chirurgicaux ou des visites est supérieur à celui inscrit à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **391** En raison de la règle 25 du Préambule général, un seul acte est payable avec le modificateur 142, et ce, pour l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques, chirurgicaux ou des visites.
- 392** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- # **397** Selon la Règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé.
- # **398** Selon la Règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 399** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 400** Le service non négocié est payé sous le code d'acte indiqué sur votre état de compte et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 401** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 402** L'acte facturé n'a pas été inclus à l'Entente par décision du ministre de la Santé et des Services sociaux ou de votre Fédération.
- 403** Services non assurés par le régime d'assurance maladie.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** En raison d'un défaut de complètement.
- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 411** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum.
- 414** L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

- 417** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- 418** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 421** Suite à une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 422** Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 423** Suite à une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 424** Le médecin bénéficiant du mode de rémunération mixte n'a pas droit à un supplément d'honoraires pour son travail d'assistance chirurgicale (rôle 4) (réf. : article 9 de l'Annexe 38 - Brochure n° 5).
- 425** Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.
- 426** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case DISTANCE.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 429** Lorsque le montant à réclamer pour vos frais de transport (code 9991) ou votre temps de déplacement (code 9992) atteint 1 000 \$ ou plus, vous devez facturer ce montant seul sur une demande de paiement, en mettant en référence le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives son incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.
- 435** L'inscription du code 9992 doit se faire sur la demande de paiement où l'indemnité de déplacement est demandée, sauf si l'indemnisation du temps de déplacement représente une somme de 1 000 \$ ou plus.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte facturé ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 443** En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie - Addendum 8, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.
- 445** En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 448** Conformément au maximum prévu à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la Microbiologie-Infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 454** Service non assuré en vertu du décret 1374-84 (Chirurgie esthétique).
- 475** Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).
- 476** Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 477** Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).
- 478** Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 496** Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de la visite, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 500** L'acte est non tarifé. Voir la règle 4 du Préambule général du tarif d'honoraires.
- 501** Acte déjà tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour cet acte, conformément à la règle 16 du Préambule général.
- 502** Conformément à la règle 4 du Préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 504** Code d'acte payable les week-ends et les jours fériés seulement.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine seulement.
- 507** La date de sortie de l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 508** Conformément à la règle 5.4 du Préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie, cet acte ne peut être réclamé par le même professionnel plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509** En raison de la règle 8.1 du Préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.

- 510** En raison de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 512** En raison de la règle 22.1 du Préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 075.
- 513** En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 515** En raison de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 516** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 518** Les actes réclamés n'étant pas de nature différente, non complémentaires et non inclus et ayant été pratiqués au cours de la même séance opératoire par des chirurgiens de la même spécialité, la règle 9 de l'Addendum 4 (Chirurgie) ne peut être appliquée dans ce cas.
- 519** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 521** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 522** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 526** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 527** En raison de la règle 4.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 529** En raison de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 530** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 531** En raison de la règle 5.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 539** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** Selon la règle 7.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 542** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 543** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 544** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.
- 545** En raison de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 546** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 547** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du Préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 549** Tel que spécifié dans la Règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.
- 550** Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 551** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).

- 593** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.
- 594** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 595** Selon la Lettre d'entente 109, (Brochure n° 1), un seul supplément peut être payé par jour, par discipline.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis qui figure sous l'acte facturé.
- 600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Annexe 38 - Brochure n° 5). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 603** Conformément au maximum prévu à la règle 5.5 du Préambule général, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois par trimestre.
- 604** La majoration d'honoraires pour l'horaire de nuit (modificateur 007) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par l'Annexe 10.
- 605** Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait quotidien par discipline visée.
- 606** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 10.
- 607** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 11.
- 608** Conformément au Plafonnement d'activités PA 1, nerf somatique, le maximum étant atteint pour ce service médical, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 609** Conformément au Plafonnement d'activités PA 3, électro-encéphalogramme de base, le maximum étant atteint pour ce service médical en cabinet, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 610** Le total des honoraires est rectifié pour correspondre à la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.
- 613** Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables (réf. : article 4 de l'Addendum 1 - Médecine).
- 614** Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.

- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.
- 616** Selon l'Annexe 25 (Brochure n° 1), il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- # **618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément à l'article 2.1 de la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.
- 621** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins désignés par la Commission peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625** Conformément aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 627** Facturation non conforme aux dispositions de la Lettre d'entente 97 (Brochure n° 1).
- 628** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.
- 629** Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la F.M.S.Q. ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'Annexe 32).
- 630** Conformément à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), seuls les médecins désignés à l'Annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.
- 631** Facturation inadéquate du code de forfait demandé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1).
- 632** En raison de l'Addendum 1 (Médecine) ou de la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), le supplément de durée n'est rémunérable qu'une fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 633** Conformément au maximum permis à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1).
- 634** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.

- 755** Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 756** Seuls les médecins désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour cet acte dans cet établissement.
- 757** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 21.
- 758** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 22.
- 759** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 23.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 761** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 26.
- 762** Facturation inadéquate du code de supplément de garde. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 763** La prime de remplacement (code 9213) ne peut être payée au médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'Annexe 36.
- 764** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102, 112 ou 128 (Brochure n° 1).
- 765** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102 ou 112 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un ou plusieurs professionnels.
- # **766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 767** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 30.
- 768** Conformément au maximum prévu à l'article 2 de la Règle d'application n° 19.
- 769** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 770** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et réclamé par un autre professionnel.
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 773** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

- 775** Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 776** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 778** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 779** Conformément au maximum prévu à la règle 2.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 780** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 9 (Génétique médicale), le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 781** En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable**.
- 782** En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable** et *facturé par un autre professionnel*.
- 783** La visite de départ doit être effectuée le dernier jour de l'hospitalisation de la personne assurée.
- 784** En raison de la règle 5.2 du Préambule général, la visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures.
- 785** Seuls les médecins bénéficiant de la rémunération mixte peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement.
- 786** Selon la Lettre d'entente 133 (Brochure n° 1), le code d'acte 9724 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de 3 jours consécutifs, du lundi au vendredi.
- 787** Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788** Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre médecin.
- 789** Un seul forfait par jour est payable selon les conditions de la Lettre d'entente 135 ou 138 (Brochure n° 1).
- 790** En raison de la note inscrite sous le code d'acte 0643, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 794** Selon l'Annexe 23, le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 795** Selon l'Annexe 23, la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est limitée à une heure.
- 796** Lors d'un déplacement, seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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:

7801- Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG

7802- Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

7051- Sphinctérotomie

7052- Synéchotomie irienne (corélyse)

7055- Cataracte membraneuse : discission

7137- Iridectomie périphérique ou complète

7811- Cyclodialyse

7814- Corectopie

7461- Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

7325- Ponction du vitré par pars plana

7335- Réintervention (ponction du vitré par pars plana)

RÈGLE D'APPLICATION NO. 4CHIRURGIES 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 (**MOD=050**) lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique Obstétrique-gynécologie, les chirurgies digestives effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin ».

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.

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 NO. 6

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

- Soins d'un nouveau-né.
- 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.
- 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 chirurgie oncologique complexe (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, 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.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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.

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 », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 4662, 4677 et 4688.

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 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 20

NEUROCHIRURGIE

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

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

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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, en clinique externe ou en cabinet privé.

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

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

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

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 et la visite à la demande d'un optométriste sont considérées comme une visite principale.

AVIS : Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire le modificateur 143 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

Pour les autres spécialités, inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer ou pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

RÈGLE D'APPLICATION NO. 22

DERMATOLOGIE

1. En dermatologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, 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.

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer. Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

En microbiologie-infectiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, en clinique externe ou en cabinet privé.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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 pour un même patient. 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 pour un même patient.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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 NO. 26

PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, 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 NO. 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable deux fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
En rhumatologie et en gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
2. En médecine interne, rhumatologie et gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par semaine, par patient, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil.
3. Un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par patient, par hospitalisation, par l'ensemble des médecins classés en médecine interne.

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 NO. 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, trimaléolaire, réduction fermée », (code 2708), 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 de facturation 2727, 2886, 2887 ou 9542.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas lorsque ce service médical est accompli en urgence, au sens de la Règle 14 du préambule général de l'Annexe 4.

2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour l'un des services médicaux de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 2690 et 2638, 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 de facturation 2673, 2714, 2716, 2739, 2742 ou 9589.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 29

ALLERGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 31

NÉPHROLOGIE

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, 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 NO. 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou précancéreuse, Face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture » (code 1101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, Autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 1108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 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 NO. 34

RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, les honoraires du service médical « Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement » (code 8554) ne sont exigibles qu'une fois par mois, par patient, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois pour l'ensemble des traitements dispensés à un patient.

Les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 8521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie » (code 8522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 8547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

+

RÈGLE D'APPLICATION NO. 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 9152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 9161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 9012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, au total pour l'ensemble.

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS**2.1 PA 1. Nerf somatique**

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 0255, 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 0347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 0752) 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 0267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.5 PA 13. Microbiologie

En clinique externe ou en cabinet privé, on applique au médecin classé en microbiologie un plafonnement de 900 visites principales par semestre. Les visites principales effectuées en excédent de ce plafond sont payées à demi-tarif.

Ce plafonnement ne s'applique toutefois pas, au cours d'un semestre donné, au médecin qui ne touche aucuns honoraires de laboratoire au cours de ce semestre.

2.6 PA 17. Ophtalmologie

Certains examens d'ophtalmologie effectués par un médecin spécialiste sont visés par un plafonnement d'activités. Ces examens sont :

Code d'acte	Examens	Plafonnement (par semestre)
0576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.	500
0543	Gonioscopie	300
0579	Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotopie, d'amblyopie et du suivi postopératoire du strabisme	1750

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 22 500 \$ 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 vingt (20) 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 (code 8344 fin:2005-12-31) et « Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du colon (code 8345 fin : 2005-12-31) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les deux.
 - + Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.
- # AVIS : *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Pour le médecin classé en anatomo-pathologie, le service médical « consultation demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre dans des cas de néoplasie maligne ou fortement suspecte de malignité » est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

Autres plafonnements d'activités

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

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE**PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX****3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts**

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

Spécialité	Montant
Santé communautaire	137 000 \$
Biochimie	149 000 \$
Psychiatrie	188 000 \$
Neurologie	222 000 \$

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 152 000 \$ 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 125 000 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 255 000 \$ 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 et sauf à l'égard du plafonnement applicable au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient compte, pour les gains de pratique en établissement, que de la moitié de ces gains.

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

INDEX

Page

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

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

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

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

**RÈGLE 2.
FRAIS DE PRATIQUE**

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

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

**RÈGLE 3.
ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

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

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

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

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

**RÈGLE 4.
TARIFICATION NOUVELLE**

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

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

AVIS :

- Inscrire le code 9990;
- Inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;
- Ne pas inscrire d'honoraires;
- Fournir une description détaillée du service médical fourni;
- Facturer cet acte seul sur la demande de paiement;
- Inscrire un « N » dans la case CS.

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.

- + **14.9** Malgré la Règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en médecine nucléaire est de 100 % pour les soins donnés dans cette discipline pendant l'horaire de garde.

RÈGLE 15. TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

AVIS : *Se référer à l'onglet B « Tarification des visites », aux codes d'acte 0029, 0041, 8961, 9143, 9161, 9174, 9224 ou 15011 selon la spécialité.*

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

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

RÈGLE 16. HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RÈGLE 18.
VISITE À DOMICILE**

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

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

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

Les autres visites sont des visites de contrôle.

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

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

**RÈGLE 19.
RAPPORTS MÉDICAUX**

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

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

AVIS : Voir la rubrique « Services et examens médicaux considérés comme assurés », à la fin du Préambule général.

**RÈGLE 20.
DÉCLARATION DE DÉCÈS**

20.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 25 \$ pour la rédaction de la déclaration de décès.

AVIS : Voir le code d'acte 9200 sous l'onglet B « Tarification des visites » DIVERS.

**RÈGLE 21.
CLASSIFICATION**

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

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

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

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

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

21.5 Une demande de changement de classification est soumise aux parties négociantes; advenant désaccord entre elles, la Fédération peut 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 : *Lorsque la visite est faite « hors discipline », tous les services effectués au cours de cette visite sont rémunérables aux trois quarts du tarif (MOD=075).*

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

**RÈGLE 23.
PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES**

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

23.2 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires des unités de base et des unités de durée prévus au tarif pour tous les procédés ou chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas à l'anesthésiologiste collaborateur. (MOD=166)

**RÈGLE 24.
PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 125 \$, sont majorés à 125 \$, si faits sous anesthésie générale.

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

AVIS : *Utiliser le modificateur 070 pour demander la majoration d'honoraires.*

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

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de 49 \$ ou moins, sont majorés à 60 \$, lorsque effectués auprès d'un patient sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

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

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

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

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

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

RÈGLE 27.
PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 100 \$, sont majorés à 100 \$, si faits sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

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

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

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

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

AVIS : *Utiliser le code d'acte 70000*
- inscrire le rôle 1;
- les honoraires de 40,00 \$;
- Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional (spécifier le type de bloc régional) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *Pédiatre : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes 0606 et 0863, utiliser le code d'acte 70002.*

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 4788 (dissection et excision de paquets variqueux etc., voir NOTE, page J-16).

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

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

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

Adresser la demande à :

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

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

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

MANITOBA

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

YUKON

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

#

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

ARTICLE 14.5

#

FÊTE LÉGALE	2003 -2004	2004 - 2005	2005 - 2006
<i>Fête nationale, Saint-Jean-Baptiste</i>	<i>24 juin 03</i>	<i>24 juin 04</i>	<i>24 juin 05</i>
<i>Confédération, Fête du Canada</i>	<i>1^{er} juil. 03</i>	<i>1^{er} juil. 04</i>	<i>1^{er} juil. 05</i>
<i>Fête du Travail</i>	<i>1^{er} sept. 03</i>	<i>6 sept. 04</i>	<i>5 sept. 05</i>
<i>Fête de l'Action de Grâces</i>	<i>13 oct. 03</i>	<i>11 oct. 04</i>	<i>10 oct. 05</i>
<i>Fête de Noël</i>	<i>25 déc. 03</i>	<i>27 déc. 04</i>	<i>26 déc. 05</i>
<i>Lendemain de Noël</i>	<i>26 déc. 03</i>	<i>28 déc. 04</i>	<i>27 déc. 05</i>
<i>Jour de l'An</i>	<i>1^{er} jan. 04</i>	<i>3 jan. 05</i>	<i>2 jan. 06</i>
<i>Lendemain du Jour de l'An</i>	<i>2 jan. 04</i>	<i>4 jan. 05</i>	<i>3 jan. 06</i>
<i>Lundi de Pâques</i>	<i>12 avril 04</i>	<i>28 mars 05</i>	<i>17 avril 06</i>

#	INDEX	Page
	TARIFICATION DES VISITES	B-4
	ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
	Allergie	B-5
	Anesthésiologie	B-8
	Biochimie	B-10
	Cardiologie	B-12
	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-16
	Chirurgie générale	B-19
	Chirurgie orthopédique	B-21
	Chirurgie plastique	B-24
	Dermatologie	B-26
	Endocrinologie	B-29
	Gastroentérologie	B-32
	ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-35
	Génétique médicale	B-36
	Gériatrie	B-39
	Hématologie - oncologie médicale	B-42
	Hygiène publique	B-46
	Médecine interne	B-48
	Médecine nucléaire	B-51
	ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-52
	Microbiologie - Infectiologie	B-54
	Néphrologie	B-59
	Neurochirurgie	B-63
	Neurologie, neuropsychiatrie, électro-encéphalographie	B-66
	Obstétrique - Gynécologie	B-69
	Ophtalmologie	B-75
	Oto-rhino-laryngologie	B-79
	ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-82
	Pédiatrie	B-83
	Physiatrie	B-87
	Pneumologie	B-90
	ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-93
	Psychiatrie	B-96
	Radio-oncologie	B-102
	Rhumatologie	B-105
	Santé communautaire	B-108
	Urologie	B-111
	Hors discipline	B-113
	Divers	B-115
	ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N° 6)	B-117
	EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N° 5)	B-118
	EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE (LETTRE D'ENTENTE N° 62)	B-119
	EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64)	B-119

INDEX**Spécialistes***Page*

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU.....	B-120
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-120
ANNEXE 30.....	B-121
ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	B-122

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

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

9201	Visite principale.....	44,00
----	Supplément de consultation 25,00	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	69,00
9088	Supplément de durée.....	16,00

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

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

9202	Visite de contrôle	24,00
------	--------------------------	-------

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

9127	Visite principale	16,00
	Supplément de consultation 19,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	35,00
9129	Visite de contrôle	8,00

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

9150	Visite principale	15,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,00
----	Supplément de consultation 25,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	40,00

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

9135	Visite de contrôle	10,00
------	------------------------------	-------

AVIS : SOINS D'URGENCE*Voir la règle 14 du Préambule général et la Règle d'application n° 6.*

+ 15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement	25,00
+	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 0984.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
9095	premier jour	66,00
9096	chaque jour subséquent	45,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	28,00
9148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

9201	Visite principale	33,50
----	Supplément de consultation 4,10	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	37,60
9202	Visite de contrôle	19,00

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

DERMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9180, 9249, 9186, 9250, 9205 et 9251, voir Règle d'application n° 22, article 1 et l'article 2 pour la facturation des codes d'acte de cette section.

Malgré la règle 2.2 de l'addendum de chirurgie, le dermatologue a droit au tarif de sa visite sans égard aux autres actes qu'il pose en cette occasion.

Cabinet privé :

9180	Visite principale	38,15
----	Supplément de consultation 10,85	
9249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	49,00
9220	Supplément de durée (*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9182	Visite de contrôle	20,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9183	Visite principale	47,00
9061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 10,00	
9184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9081	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

9132	Visite de transfert	34,00
------	-------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

9185	Visite de contrôle	16,50
------	------------------------------	-------

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

GÉRIATRIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 0031, 0043 et 0064, voir Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

0030	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 35,00	
0031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,00
0032	Supplément de durée (*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
0033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

0034	Visite principale	51,00
0035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 47,10	
0036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
15133	auprès d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément . . .	30,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

0037	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
0038	Visite de transfert (**)	34,00
+0039	Visite de contrôle	10,75

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
0041	Tournée des malades le week-end	36,75
15139	Pour patient atteint de démence ou affecté par une perte de mobilité	51,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire le «SCORE» dans la case <i>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</i> - Inscrire la date d'entrée dans la case <i>ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement</i> . Voir la règle 5.4 du préambule général.		
0053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	93,00
0054	chaque jour subséquent	54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case <i>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1 AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00
Externe		
+0042	Visite principale	51,00
----	Supplément de consultation 65,45	
0043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
0044	Supplément de durée (*).	15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
+0045	Visite de contrôle	10,75
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
+0046	Visite principale	51,00
+0047	Visite principale subséquente, par trimestre (**)	51,00
0048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
+0049	Visite de contrôle (***)	10,75
<u>AVIS :</u> (*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite. (**) Voir la règle 5.5 du Préambule général. (***) Voir la Règle d'application n° 27.		

R = 1

Domicile :		
9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

# 0063	Visite principale	51,00
----	Supplément de consultation 65,45	
0064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
0065	Supplément de durée (*)	15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
# 0066	Visite de contrôle	10,75

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

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

Cabinet privé (Groupe A)

9127	Visite principale	44,40
----	Supplément de consultation 37,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	81,40
9129	Visite de contrôle	20,50

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	48,30
----	Supplément de consultation 62,80	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	111,10
15002	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation (Groupe A)

9150	Visite principale	56,15
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,15
----	Supplément de consultation 24,70	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9094	Visite de transfert	39,30
------	-------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

+9012	Visite de suivi oncologique	26,90
-------	---------------------------------------	-------

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine

9152	Visite de contrôle.	17,50
9161	Tournée des malades le week-end	24,70
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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 moëlle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe.

0094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation.	48,30
0095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	27,50

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

R = 1

9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	93,00
9096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
9097	<i>premier jour</i>	68,00
9098	<i>chaque jour subséquent</i>	68,00

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale	60,65
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	60,65
----	Supplément de consultation 74,10	
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	134,75

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

15008	Visite de transfert	60,65
-------	-------------------------------	-------

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

+ 15009	Visite de suivi oncologique	29,95
---------	---------------------------------------	-------

AVIS : *Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine*

15010	Visite de contrôle	19,00
15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	28,45

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 moëlle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	48,30
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	27,50

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

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

15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	93,00
15015	chaque jour subséquent	54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs, - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1. AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient		
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00
Externe (Groupe A)		
9162	Visite principale	34,30
----	Supplément de consultation 46,55	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85
9164	Visite de contrôle	14,75
+	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 ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30
Externe (Groupe B)		
15020	Visite principale	36,80
----	Supplément de consultation 55,30	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,10
15022	Visite de contrôle	19,00
+	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 ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre (*)	20,00
9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
9148	Visite de contrôle	10,50

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

15025	Visite principale	20,00
15026	Visite principale subséquente, par trimestre (*)	20,00
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
15028	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

Groupe A

9201	Visite principale	34,30
----	Supplément de consultation 46,55	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85
9202	Visite de contrôle	14,75

Groupe B

15030	Visite principale	36,80
----	Supplément de consultation 55,30	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,10
15032	Visite de contrôle	19,00

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

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

9127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
9137	Supplément de durée (*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9129	Visite de contrôle	20,50

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

9150	Visite principale	47,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00

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

9080	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9094	Visite de transfert	34,00

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

9152	Visite de contrôle	16,50
9161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	22,00

Externe

9162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

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

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

9127	Visite principale	28,50
9129	Visite de contrôle	15,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	21,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	21,00
9094	Visite de transfert	21,00

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

9152	Visite de contrôle	15,50
------	------------------------------	-------

Externe

9162	Visite principale	21,00
9164	Visite de contrôle	11,00

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

9148	Visite de contrôle	10,50
------	------------------------------	-------

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

9201	Visite principale	21,00
9202	Visite de contrôle	11,00

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

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

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

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

AVIS : Voir les codes d'acte 9020, 9030, 9032 et 9048 dans le tableau d'honoraires qui suit.

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

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

AVIS : La facturation des codes d'acte 9026, 9027, 9041, 9042, 9043, 9047, 9074, 9075, 9076 et 15104 requiert un des diagnostics de l'Annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case **CODE DU DIAGNOSTIC**.

ANNEXE 1

LISTE DES MALADIES EN ÉMERGENCE (Actes codés 9026, 9027, 9041, 9042, 9043, 9047, 9074, 9075, 9076 et 15104)

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

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.9, 043.9, 044.9)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

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

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

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

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9041, 9042, 9044, 9074, 9075, 9109, 9127, 9162, 9165, 9170, 9201 et 9212, voir Règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

9127	Visite principale	52,40
----	Supplément de consultation 43,70	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	96,10
9137	Supplément de durée (*)	27,50
9129	Visite de contrôle	24,70
Maladies infectieuses en émergence :		
15104	Visite principale	45,80
NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.		

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	56,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,00
----	Supplément de consultation 39,40	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,40

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9080	Supplément de durée (*)	11,00
9094	Visite de transfert	46,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

9152	Visite de contrôle	19,90
9161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	31,30

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

	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste-infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	
9000	premier jour	96,30
9007	jour subséquent	20,80
	NOTE : L'acte codé 9000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 9000 a été facturé par un médecin microbiologiste-infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les trente jours précédents.	
	Soins critiques :	
9011	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 cutanées, d'os ou de cartilage (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40
9019	Visite de contrôle	23,35
	Maladies infectieuses en émergence :	
9026	Visite principale	78,30
----	Supplément de consultation 30,10	
9027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
9029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
9030	Planification du traitement	54,70
	NOTE : Les actes codés 9029, 9030, 9032 et 9044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
9031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40
9033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	49,20
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	

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

9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	93,00
9096	chaque jour subséquent	54,00

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

	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

Externe

9162	Visite principale	39,70
----	Supplément de consultation 29,30	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00
9078	Supplément de durée	16,50

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

9164	Visite de contrôle	17,70
------	------------------------------	-------

Maladies infectieuses en émergence :

9041	Visite principale (*)	45,80
----	Supplément de consultation 40,90	
9042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	86,70

NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 9041 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.

9043	Visite de contrôle (*)	20,80
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
9044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
9032	Planification du traitement	54,70

NOTE : Les actes 9029, 9030, 9032 et 9044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

9045	Visite de contrôle	20,80
15003	Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés	86,70

AVIS : (*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Salle d'urgence

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

9046	Soins critiques nécessitant l'hospitalisation du patient : Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation)(*)	108,40
9047	Maladies infectieuses en émergence : Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation)(*)	108,40

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

9048	Antibiothérapie parentérale ambulatoire : Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
9049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	49,20

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

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

9147	Visite principale	24,10
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,10

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

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	86,70
9148	Visite de contrôle	11,50
9037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	45,00

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

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

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

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

9201	Visite principale	39,70
----	Supplément de consultation 29,30	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00
9088	Supplément de durée	16,50

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

9202	Visite de contrôle	17,70
	Maladies infectieuses en émergence :	
9074	Visite principale	45,80
----	Supplément de consultation 40,90	
9075	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	86,70

NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 9074 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.

9076	Visite de contrôle	20,80
------	------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
9109	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
9020	Planification du traitement	54,70

NOTE : Les actes codés 9020, 9029, 9030, 9032, 9044 et 9109 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

AVIS : Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

9130	Visite de contrôle	20,80
15105	Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés	86,70

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse, voir la Règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

9127	Visite principale	45,00
----	Supplément de consultation 37,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00
9137	Supplément de durée (*)	27,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9129	Visite de contrôle	26,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	52,50
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	52,50
----	Supplément de consultation 29,50	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9080	Supplément de durée (*)	10,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

9094	Visite de transfert	36,80
------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

9152	Visite de contrôle	19,80
9161	Tournée des malades le week-end	26,50
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

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

9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
9096	premier jour	101,00
	chaque jour subséquent	58,40

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

Externe

9162	Visite principale	33,30
----	Supplément de consultation 29,70	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,00
9078	Supplément de durée	16,20

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

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

9164	Visite de contrôle	19,70
------	------------------------------	-------

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
9148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le modificateur 170 dans la case appropriée pour identifier les services en téléhémodialyse qui s'appliquent à l'un ou l'autre des codes d'acte 15040 à 15048 et inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT l'un ou l'autre des centres reconnus suivants :</i> - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Pavillon St-Joseph et Pavillon Ste-Marie) Ces tarifs s'appliquent également à la téléhémodialyse dans les centres reconnus suivants : - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre Hospitalier de Charlevoix via l'Unité mobile DIALYS - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le CH régional de Rimouski - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre de santé de Portneuf via l'Unité mobile DIALYS - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre hospitalier de la Sagamie - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôpital Sainte-Croix - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôtel-Dieu d'Arthabaska	
9291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient	33,00
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient.	
15035	patient de plus de 16 ans	162,00
15036	patient de 16 ans ou moins	325,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient	
15040	dialyse initiale	84,40
	dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de plus de 16 ans	33,05
15042	patient de 16 ans ou moins	76,80
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de plus de 16 ans	35,85
15044	patient de 16 ans ou moins	83,60
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en semaine	
15045	patient de plus de 16 ans	35,85
15046	patient de 16 ans ou moins	83,60
	hémodialyse ayant lieu entre 00:00 heures samedi et 07:00 heures lundi, ou un jour férié	
15047	patient de plus de 16 ans	35,85
15048	patient de 16 ans ou moins	83,60
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	

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

15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	162,00
15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	270,00

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

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

9201	Visite principale	33,30
----	Supplément de consultation 29,70	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,00
9088	Supplément de durée	16,20

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

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

9202	Visite de contrôle	19,70
------	--------------------------	-------

NEUROCHIRURGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9127, 9165, 9162, 9170, 9201 et 9212, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

9127	Visite principale	43,50
----	Supplément de consultation 21,80	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	65,30
9292	Supplément de durée	27,20

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

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

9129	Visite de contrôle	16,30
------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	33,70
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	33,70
----	Supplément de consultation 31,60	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	65,30
9152	Visite de contrôle	16,30
+ 0088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crânio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	250,00
+	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM	
+ 15123	premières 24 heures	250,00

+ NOTE : Concernant les actes codés 0088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.

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

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

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

Externe		
9162	Visite principale.	32,65
----	Supplément de consultation 21,75	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	54,40
9164	Visite de contrôle.	14,70

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

9147	Visite principale	21,75
9296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,75

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

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	65,30
9148	Visite de contrôle	11,40

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

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

9201	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 21,75	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	54,40
9202	Visite de contrôle	14,70

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9.
(**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE ET
ELECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE****Cabinet privé :**

9127	Visite principale	58,15
----	Supplément de consultation 47,30	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,45
15134	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
9137	Supplément de durée (*)	25,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
9129	Visite de contrôle	32,55

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

9150	Visite principale	68,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,00
----	Supplément de consultation 36,40	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,40
15135	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00

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

9080	Supplément de durée (*)	10,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
9094	Visite de transfert	54,00

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

9152	Visite de contrôle	25,25
9161	Tournée des malades le week-end	33,66
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).		

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

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	93,00
9096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

Externe

9162	Visite principale	43,65
----	Supplément de consultation 38,45	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,10
15136	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
9078	Supplément de durée	15,00

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

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

9164	Visite de contrôle	24,80
------	------------------------------	-------

Salle d'urgence

9108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,00
15137	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00

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

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,20
9148	Visite de contrôle	10,50

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

	Domicile :	
9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

9201	Visite principale	43,65
----	Supplément de consultation 38,45	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,10
15138	enfant de moins de 13 ans, supplément.	10,00
9088	Supplément de durée	15,00

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

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

9202	Visite de contrôle.	24,80
------	-----------------------------	-------

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9149, 9165, 9281, 9286, 9175, 9170, 9283, 9288, 9209, 9212, 9285, 9290, 15080, 15090 et 15113, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

9149	Visite principale	34,55
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****)	16,00
----	Supplément de consultation	26,65
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	61,20
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	31,15
9281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**).	65,70
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	27,15
9286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	61,70
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	61,20

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

9292	Supplément de durée.	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

9129	Visite de contrôle	15,00
9138	Visite prénatale	16,00
+ 15124	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément.	16,00

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (****).

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9151	Visite principale	36,30
15109	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****).	16,00
9066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
 (****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,30
----	Supplément de consultation 21,40	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	57,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,90	
9282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	65,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 22,40	
9287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	58,70
+	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 28,90	
+ 15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	65,20
+	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1.	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	57,70
	<u>AVIS :</u> Incrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	105,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
0027	Visite de suivi oncologique (**)	25,00
15085	Supplément de durée (***)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
9152	Visite de contrôle.	13,50
9156	Visite prénatale, grossesse normale	13,50
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».	
+ 15125	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9. (****)	
<u>AVIS :</u>	(*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.	
	(**) Voir la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.	
	(****) Incrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

0067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
9157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	16,50
<u>AVIS :</u> SOINS D'URGENCE		
<i>Voir la règle 14 du Préambule général.</i>		
+ 15126	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (****).	
0072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
+ 15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	75,00
<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.		
15087	visite subséquente	25,00
NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection		
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	75,00
<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.		
15089	visite subséquente	25,00
Externe		
9175	Visite principale	25,90
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****)	16,00
0073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
----	Supplément de consultation 22,80	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	48,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 30,30	
9283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	56,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 23,80	
9288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***).	49,70
<u>AVIS :</u> (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.		
(**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.		
(***). Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.		
(****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		

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

+ 15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	56,20
+	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	48,70
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	105,00
15092	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.	
9164	Visite de contrôle.	12,00
9166	Visite prénatale, grossesse normale	12,00
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».	
+ 15127	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (*).	
0076	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
9167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé.	16,50
+ 15129	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (*).	
0077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
# <u>AVIS :</u> (*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		

R = 1

15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	75,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15096	visite subséquente	25,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection.	
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	75,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	25,00
9192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	21,50
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
9064	Visite principale.	25,90
9065	Visite de contrôle.	21,50

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>	
9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*).	45,70
9284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**).	53,20
9289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	46,70
9148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.

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

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

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

9209	Visite principale	25,90
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****)	16,00
----	Supplément de consultation 22,80	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	48,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 30,30	
9285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	56,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 23,80	
9290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	49,70
15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (*****)	48,70
15128	Supplément de durée (****)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9202	Visite de contrôle	12,00
15117	Visite prénatale, grossesse normale	12,00
# 15141	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (****).	
15119	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	16,50
# 15142	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (****).	

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
 (****) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.
 (*****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
 (*****) Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiales, nom et numéro) dans les cases appropriées.

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9252, 9254, 9281, 9286, 9253, 9255, 9283, 9288, 9265, 9256, 9285, 9290, 15099, 15101 et 15103, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTE : * **1)** En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

** **2)** L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un neurologue ou un neurochirurgien est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'assistance-emploi (Réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

9252	Visite principale	40,20
----	* Supplément de consultation 5,00	
9254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	45,20
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
9281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	55,20
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
9286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	50,20
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	45,20

AVIS : Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

9292	Supplément de durée.	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

9123	**Évaluation neuro-ophtalmologique	78,00
9129	Visite de contrôle	22,90

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.

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

9150	Visite principale.	38,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	38,00
----	* Supplément de consultation 5,25	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	43,25
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,25	
9282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	53,25
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,25	
9287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	48,25
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport.	43,25

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*

9124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	75,00
9152	Visite de contrôle.	21,80

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

9253	Visite principale.	29,85
----	* Supplément de consultation 5,00	
9255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	34,85
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
9283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	44,85
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
9288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	39,85
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport.	34,85

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*

9125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	62,00
9164	Visite de contrôle.	17,15

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.

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

9147	Visite principale	30,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,00

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

9176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	43,25
9284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	53,25
9289	* Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	48,25
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	43,25

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*

9148	Visite de contrôle	16,00
------	--------------------------	-------

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.

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

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

9265	Visite principale	29,85
----	* Supplément de consultation 5,00	
9256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	34,85
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
9285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	44,85
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
9290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	39,85
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	34,85

AVIS : Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

9202	Visite de contrôle	17,15
------	--------------------------	-------

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.
(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6.
(****) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9127, 9165, 9281, 9162, 9170, 9283, 9201, 9212 et 9285, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

9127	Visite principale	40,80
----	Supplément de consultation 5,50	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	46,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
9281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	57,05
9292	Supplément de durée	26,90
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

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

9129	Visite de contrôle	18,40
------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	40,80
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	40,80
----	Supplément de consultation 5,50	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	46,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
9282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	57,05
9152	Visite de contrôle	16,50

AVIS : SOINS D'URGENCE

Voir la règle 14 du Préambule général

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

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

Externe		
9162	Visite principale.	31,55
----	Supplément de consultation 5,50	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	37,05
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
9283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	47,80
9164	Visite de contrôle.	14,70

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

9147	Visite principale	21,45
9296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,45

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

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	41,70
9284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	53,30
9148	Visite de contrôle	11,25

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

9168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	41,95
------	--	-------

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

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

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

9201	Visite principale.....	31,55
----	Supplément de consultation 5,50	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*).....	37,05
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
9285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**).....	47,80
9202	Visite de contrôle.....	14,70

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.
(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.

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**

2.1 Un honoraire global est payé pour les soins de routine donnés au nouveau-né en bonne santé, en centre hospitalier.

Sont incluses dans la tarification de l'honoraire global, toutes les visites de contrôle que le pédiatre rend au nouveau-né au cours des dix premiers jours de la naissance, pendant qu'il séjourne au centre hospitalier.

RÈGLE 3.**SOINS À L'ACCOUCHEMENT**

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au médecin spécialiste auquel le médecin accoucheur demande d'être présent lors d'un accouchement, pour le soin du nouveau-né.

Cet honoraire inclut le contrôle des signes vitaux et, le cas échéant, les soins de réanimation.

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 - sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

Le supplément de durée n'est pas payable si deux suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents.

PÉDIATRIE

Cabinet privé :

9127	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 62,35	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,00
0082	Supplément de durée	59,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

15049	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50
-------	--	-------

AVIS : Inscire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

9194	Examen général	32,65
------	----------------------	-------

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

9129	Visite de contrôle	32,65
------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	73,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	73,00
----	Supplément de consultation 19,50	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,50
9094	Visite de transfert	37,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

15112	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50
-------	--	-------

AVIS : Inscire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
9152	Visite de contrôle.	20,41
0086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération .	76,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
0081	Soins du nouveau-né	49,50
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
9161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	43,60
9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	116,25
9096	chaque jour subséquent	54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
par jour, par patient		
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00
Surveillance à l'unité des soins intensifs (Réf. : Annexe 29; art. 4.8)		
0010	Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel. Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	25,00
15114	Visite par un autre pédiatre pour patient ayant subi une greffe. 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.	57,00
Externe		
9162	Visite principale.	25,45
----	Supplément de consultation 39,55	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
0083	Supplément de durée.	26,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.		

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
15115	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>		
9196	Examen général.	23,75
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.</i>		
9164	Visite de contrôle.	16,50
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>		
9147	Visite principale.	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>		
9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	84,60
9148	Visite de contrôle.	10,50
Domicile :		
9171	Visite principale.	30,00
9172	Visite de contrôle.	11,00
Divers :		
0079	Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes).	65,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé dans la case appropriée ou sinon tous les éléments de son identité (voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », section 3.2.1.4 « La personne ne peut présenter sa carte d'assurance maladie ».</i> <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		

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

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

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

9201	Visite principale	25,45
----	Supplément de consultation 39,55	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
0084	Supplément de durée	26,00

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

15116	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	65,00
-------	--	-------

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

9202	Visite de contrôle	16,50
------	--------------------------	-------

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

9127	Visite principale	51,70
----	Supplément de consultation 40,80	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,50
9137	Supplément de durée (*)	27,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9129	Visite de contrôle	28,70

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

9150	Visite principale	65,40
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,40
----	Supplément de consultation 35,20	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60

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

9080	Supplément de durée (*)	10,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9094	Visite de transfert	44,40

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

9152	Visite de contrôle	23,70
9161	Tournée des malades le week-end	31,60
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

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

Externe		
9162	Visite principale.	38,60
----	Supplément de consultation 31,10	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,70
9078	Supplément de durée (*).	16,30
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
9164	Visite de contrôle.	21,50
Salle d'urgence		
9108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée.		
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
9147	Visite principale	26,10
9296	Visite principale subséquente, par trimestre.	26,10
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	97,90
9148	Visite de contrôle	13,70
Domicile :		
9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

R = 1

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

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

9201	Visite principale.....	38,60
----	Supplément de consultation 31,10	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,70
9088	Supplément de durée (*)	16,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9202	Visite de contrôle	21,50

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

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

9127	Visite principale	42,25
----	Supplément de consultation 50,85	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,10
9137	Supplément de durée (*)	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
9129	Visite de contrôle	42,25
9142	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	51,35
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,35
----	Supplément de consultation 38,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,35

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9080	Supplément de durée (*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

9094	Visite de transfert	36,40
------	-------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

9152	Visite de contrôle	18,20
9161	Tournée des malades le week-end	24,25
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

R = 1

9095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	99,50
9096	chaque jour subséquent	57,80

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

- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*

- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs*

- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

Transplantation

9153	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.	80,25
------	---	-------

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.

Externe

9162	Visite principale	32,60
----	Supplément de consultation 48,90	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	81,50
9078	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 l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.*

9164	Visite de contrôle	32,60
9154	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	15,00

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

9147	Visite principale	21,40
9296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,40

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

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	83,50
9148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

9201	Visite principale	32,60
----	Supplément de consultation 48,90	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	81,50
9088	Supplément de durée	16,05

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
*Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.**NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.*

9202	Visite de contrôle	32,60
9155	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins).	15,00

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE**RÈGLE 1.****THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE**

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT**

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

3.2 On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée. On distingue :

Courte intervention

La courte intervention de suivi est payée au tarif de 1,57 \$ la minute, maximum 20,41 \$.

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, CONSULTATIONS ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite peut être suivie d'une thérapie, le même jour, s'il s'agit d'un nouveau malade.

En pareil cas, on exige :

- Pour la visite, une entrevue de 15 minutes sans compter le temps de la thérapie.
- Pour la visite d'un malade dirigé en consultation, une entrevue de 30 minutes, sans compter le temps de la thérapie.

Un malade que le médecin psychiatre doit revoir en raison d'une rechute, est considéré comme un nouveau malade; il faut alors présenter des notes explicatives.

4.2 Pour la facturation d'une visite suivie d'une thérapie le même jour, on indique la durée totale de la prestation, en incluant la visite et la thérapie.

AVIS : *Inscrire la durée totale de la prestation dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, en incluant la durée de l'entrevue pour la visite et la durée de la thérapie.*

*Inscrire le nombre total de quarts d'heure attribués à la thérapie seulement dans la case **UNITÉS**.*

RÈGLE 5.

UNITÉS DE TEMPS

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

PSYCHIATRIE**Cabinet privé :**

8920	Visite principale	43,50
----	Supplément de consultation 59,80	
8921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,30
8780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	51,50
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 63,50	
8935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	115,00
8781	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	51,50
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 63,50	
8782	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	115,00
8922	Visite de contrôle	24,70

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
8837	patients de moins de 12 ans	20,00
8838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
8839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
8840	patients de 65 ans et plus	20,00
8908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
8915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	24,60

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 8908 et 8915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

8833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
8924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

8970	Visite principale	50,90
8832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	50,90

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
8971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
----	Supplément de consultation 38,30	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 6.3 du Préambule général.		
8783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	60,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 34,70	
8936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
8784	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	60,30
8785	Visite principale gériopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	60,30
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 34,70	
8786	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
8905	Visite de transfert	34,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du Préambule général.		
8972	Visite de contrôle	17,60
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.		
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
8841	patients de moins de 12 ans	20,00
8842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
8843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
8844	patients de 65 ans et plus	20,00
8974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
8975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90
<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 8974 et 8975, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».		
8834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
8976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.		

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

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
8822	courte intervention, par minute	1,57
	(maximum 20,41\$)	
8823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	19,70
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.	
8977	Électroconvulsothérapie (ECT)	35,00
8961	Tournée des malades le week-end	23,40
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
8918	premier jour	93,00
8919	chaque jour subséquent	54,00
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs, - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00
	Externe	
8980	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 56,90	
8981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
8787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70	
8937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
8788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
8789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
8982	Visite de contrôle	17,60

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES
R = 1

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
8845	patients de moins de 12 ans	20,00
8846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
8847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
8849	patients de 65 ans et plus	20,00
8984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps.	20,90
8985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps.	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 8984 et 8985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

8835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps.	20,90
8986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
8824	courte intervention, par minute. (maximum 20,41\$)	1,57
8825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure).	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

8987	Électroconvulsothérapie (ECT)	35,00
------	---	-------

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

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

8940	Visite principale	32,30
8947	Visite principale subséquente, par trimestre	32,30

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

8932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
8790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans).	38,30
8791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans).	95,00
8792	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus).	38,30
8793	Visite principale gériopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	38,30
8794	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	95,00
8941	Visite de contrôle	17,60

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

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
8850	patients de moins de 12 ans	20,00
8851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
8852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
8853	patients de 65 ans et plus	20,00
8820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
8821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 8820 et 8821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

8836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
8816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
8826	courte intervention, par minute (maximum 20,41\$)	1,57
8827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

Domicile :

8945	Visite principale	30,00
8946	Visite de contrôle	11,00

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

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

8989	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 56,90	
8991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
8795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70	
8914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
8796	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
8797	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
8990	Visite de contrôle	17,60
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
8954	patients de moins de 12 ans	20,00
8955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
8956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
8957	patients de 65 ans et plus	20,00
8958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
8959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 8958 et 8959, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

8960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
8962	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
8963	courte intervention, par minute	1,57
	(maximum 20,41 \$)	
8964	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

RADIO-ONCOLOGIE

Cabinet privé :

9127	Visite principale	41,00
9131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	41,00
----	Supplément de consultation 38,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
9129	Visite de contrôle	24,00
9133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	24,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	48,00
9134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	48,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 34,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

9080	Supplément de durée	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

9094	Visite de transfert	34,00
9136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

9152	Visite de contrôle	18,15
9141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,15
9161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,20

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES
R = 1

9143	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).	24,20
------	--	-------

Externe

9162	Visite principale	30,50
9144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	30,50
----	Supplément de consultation 34,50	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
9078	Supplément de durée	15,00

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.

Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

9164	Visite de contrôle	18,00
9146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,00

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
9148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

Centre hospitalier :

9168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un radio-oncologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes	30,00
------	---	-------

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

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

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

9201	Visite principale	30,50
9214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	30,50
----	Supplément de consultation 34,50	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
9088	Supplément de durée	15,00

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

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

9202	Visite de contrôle	18,00
9215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,00

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 0031, 0043 et 0064, voir Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

0030	Visite principale	49,15
----	Supplément de consultation 53,85	
0031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,00
0032	Supplément de durée (*)	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
0033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

0034	Visite principale	51,00
0035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 28,00	
0036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

0037	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
0038	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

0039	Visite de contrôle	19,00
0041	Tournée des malades le week-end	25,33
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

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

0053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
0054	premier jour	93,00
	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
9097	premier jour	68,00
9098	chaque jour subséquent	68,00

Externe

0042	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 28,70	
0043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,35
0044	Supplément de durée (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

0045	Visite de contrôle	20,50
------	------------------------------	-------

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

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

0046	Visite principale	20,00
0047	Visite principale subséquente, par trimestre (**)	20,00
0048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
0049	Visite de contrôle (***)	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.5 du Préambule général.
(***) Voir la Règle d'application n° 27.

R = 1

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

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

0063	Visite principale.....	32,65
----	Supplément de consultation 28,70	
0064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation.....	61,35
0065	Supplément de durée (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
0066	Visite de contrôle	20,50

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

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

9127	Visite principale	57,00
----	Supplément de consultation 47,00	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,00
9137	Supplément de durée (*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9129	Visite de contrôle	23,00

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

9150	Visite principale	61,00
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,00
----	Supplément de consultation 32,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,00

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

9080	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
9094	Visite de transfert	34,00

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

9152	Visite de contrôle	17,00
9161	Tournée des malades le week-end	22,67
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

R = 1

Externe		
9162	Visite principale	39,00
----	Supplément de consultation 32,00	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	71,00
9078	Supplément de durée	15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.		
9164	Visite de contrôle	14,75
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
9148	Visite de contrôle	10,50
Domicile :		
9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

0085	Évaluation en santé communautaire par heure	104,00
------	---	--------

L'évaluation en santé communautaire 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.

L'évaluation en santé communautaire comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : Aux fins de la facturation, le professionnel dont le numéro de spécialité est **38**, doit inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 0085 **seul**, sur le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin »;
- le code d'acte sur une seule ligne et le nombre d'heure(s) dans la case UNITÉS;
- SANTÉ COMMUNAUTAIRE dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE;
- le code d'établissement dans la case appropriée.

Aucun modificateur n'est applicable.

Transmettre une attestation de l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique suite à la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé communautaire est réalisée.

À défaut de se conformer à cet AVIS, le service sera refusé avec le message explicatif 916.

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

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

9201	Visite principale	39,00
----	Supplément de consultation 32,00	

9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	71,00
9088	Supplément de durée	15,00

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

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

9202	Visite de contrôle	14,75
------	------------------------------	-------

UROLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 9127, 9165, 9162, 9170, 9201 et 9212, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

9127	Visite principale	40,00
----	Supplément de consultation 11,30	
9165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	51,30
9129	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9150	Visite principale	33,80
9060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	33,80
----	Supplément de consultation 17,00	
9160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	50,80
9152	Visite de contrôle	13,50

AVIS : SOINS D'URGENCE

Voir la règle 14 du Préambule général.

Externe

9162	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 9,80	
9170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	42,10
9164	Visite de contrôle	12,00

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

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

9147	Visite principale	20,00
9296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

9176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	39,25
9148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

9171	Visite principale	30,00
9172	Visite de contrôle	11,00

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

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

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

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

9201	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 9,80	
9212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	42,10
9202	Visite de contrôle	12,00

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

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 de la sécurité du revenu (Réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

9128	Visite principale	30,00
9139	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

9158	Visite principale	25,00
9062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	25,00
9159	Visite de contrôle	10,50

Externe

9177	Visite principale	25,00
9178	Visite de contrôle	10,50

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

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

9197	Visite principale	25,00
9298	Visite principale subséquente, par trimestre	25,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

9198	Visite de contrôle	10,50
------	--------------------------	-------

Domicile :

9179	Visite principale	30,00
9199	Visite de contrôle	11,00

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

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

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

9210	Visite principale	25,00
9211	Visite de contrôle	10,50

DIVERS

9200	Constat de décès : rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3)	25,00
------	--	-------

AVIS : Voir la règle 20 du Préambule général.

0080	Surveillance première demi-heure par quart d'heure additionnel.	25,00 25,00
------	--	----------------

AVIS : Réf. : règle 9 du Préambule général.

Pour facturer des actes de surveillance codés 0080, fournir les renseignements suivants :

- des notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex: dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);
- l'inscription de l'heure de début et de fin de la surveillance;
- le code du diagnostic. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;
- le nombre total des unités dans la case UNITÉS. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel (voir 3.2.6 à la section 6 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »);
- la lettre « A » dans la case CS.

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

9246	Surveillance pendant un transfert ambulancier inter-hospitalier	
	première demi-heure	50,00
	par quart d'heure additionnel	50,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du Préambule général.
Inscrire dans la case UNITÉS le total des unités, correspondant au temps parcouru pour l'aller seulement, selon les instructions qui figurent sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » à la section 3.2.6.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la case ÉTABLISSEMENT et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de tout autre gare d'embarquement.

8925	Thérapie de communication	30,00
	Voir règle 7 du Préambule général	

AVIS : Voir la règle d'application n° 2.

**ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE
(LETTRE D'ENTENTE N° 6)**

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

- 1) Un questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles
 - yeux
 - système digestif
 - système cardio-vasculaire
 - 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.

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

	7) La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur : - le bilan médical et le pronostic - le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire - les suggestions d'allocation de services.	
9100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	100,00
9101	Rédaction du formulaire d'EMPS	30,00

**EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR
UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT
SEXUEL
(LETTRE D'ENTENTE N° 5)****Au cabinet :**

0092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	280,00
0091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	120,00

Dans un établissement :

0090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	230,00
0089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	100,00
9069	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	35,00

AVIS : Fournir des notes explicatives dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** et inscrire le nombre de demi-heure dans la case **UNITÉS**.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE (LETTRE D'ENTENTE N° 62)		
8854	examen clinique psychiatrique demandé par une ordonnance de cour en vue d'une cure fermée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental incluant la rédaction du rapport	150,00
EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64)		
Au cabinet :		
9070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	120,00
Dans un établissement :		
9071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	100,00
Supplément : (cabinet ou établissement)		
9073	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)	35,00
<u>AVIS :</u> Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES . Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS .		
9077	Temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, autre qu'à titre d'expert, par heure	100,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les honoraires au prorata du temps de la vacation effectué à la Cour du Québec; Fournir les informations suivantes dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure du début et de fin de la période de vacation; - la durée totale.		

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.

9800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre	20,00
------	--	-------

#

AVIS : *Si un examen du requérant doit être effectué afin de compléter le rapport médical du médecin traitant, la facturation de ce rapport et de l'examen déjà prévu à l'entente devra se faire sur la même demande de paiement selon la procédure habituelle pour ce type de service, en inscrivant le modificateur 002 dans la case MOD en regard de l'examen demandé.*

Le code d'acte 9800 et le code d'acte de l'examen accompagné par le modificateur 002 ne sont pas reconnus par la CSST. Il faut les facturer sans inscrire la lettre « S » dans la case C.S.

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.

9801	pour l'information fournie	20,00
------	--------------------------------------	-------

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

9825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	25,00
------	--	-------

9826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	25,00
------	--	-------

ANNEXE 30
Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers
physiatriques en réadaptation lourde

1. Patient hospitalisé

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le médecin traitant est un physiatre et où la réadaptation se fait par équipe interdisciplinaire (6 intervenants médicaux ou paramédicaux ou plus, dans des domaines différents pour des malades avec atteinte des fonctions supérieures et 5 intervenants pour les autres malades) auprès d'un malade traité pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

9084	Évaluation hebdomadaire par le physiatre traitant L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier	68,50
9085	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille, le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant : - La description de la déficience, de l'incapacité et du handicap - Le plan de traitement par objectif avec échéancier	171,40

2. Clinique externe

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le physiatre est le médecin responsable au sein d'une équipe interdisciplinaire et où il évalue des malades traités pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

9086	Évaluation médico-handicap Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne-ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend : - la description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap - le plan de traitement de réadaptation	85,70
------	---	-------

ANNEXE 24
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-
ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES
PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS
DU TRAVAIL

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

9926	rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	11,25
------	---	-------

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

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

- 1°** la date de l'accident du travail;
- 2°** le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3°** la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
- 4°** le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
- 5°** dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

9927	rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission	16,00
------	--	-------

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

9928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission 13,00

4. RAPPORT FINAL

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

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

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

- 1°** l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
 - 2°** l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
 - 3°** l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,
- Le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

9930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission 16,00

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.

9929	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	25,00
------	---	-------

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport :

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

- . diagnostic et évolution;
- . antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- . conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- . examens subjectifs et objectifs;
- . examens paracliniques réalisés et prévus;
- . consultations réalisées et prévues;
- . traitements en cours et prévus;
- . possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- . possibilité de limitations fonctionnelles;
- . possibilité de retour au travail avant consolidation;

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

9907	pour l'information verbale fournie	50,00
------	--	-------

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.

9914		25,00
9915		50,00
9916		75,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

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

9908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin. 75,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

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

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

9909 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. 100,00

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;

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

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.

9910 rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur. 150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Médecin qui a charge**

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

9944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 295,00

9901 supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales 60,00

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1° évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

9978 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 400,00

9902 supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales 60,00

	2° évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie	
9946	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	440,00
9980	supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales	60,00

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.

9947		50,00
9948		100,00
9949		150,00

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES**A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires**

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur.

Les membres du comité posent un diagnostic, établissent la relation et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

9934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité	235,00
9933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	60,00
9935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	50,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

9976	a) pour tout dossier revu	60,00
9979	b) pour tout nouveau dossier	115,00

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

9903		25,00
9904		50,00
9905		75,00

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.

9921	étude du dossier, du matériel anatomopathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission.	295,00
------	---	--------

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Avis écrit**

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

	4 ^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.	
9938	avis donné au vu du dossier	270,00
9939	avis donné après examen du travailleur	350,00

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.	
9936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun	350,00
9937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	60,00

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.

9981		150,00
9982		200,00

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur.
(MOD=032)

15. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à son rapport d'évaluation médicale, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests.

9919 supplément pour la production des tests audiologiques 70,00

16. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la L.A.T.M.P..

9970 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 40,00

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL**A) Assignment temporaire**

Il s'agit du rapport médical complété 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'assignation temporaire à un travail en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable. L'assignation temporaire peut être effectuée par l'employeur si le médecin qui a charge du 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° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant de l'assignation temporaire.

9971	rédaction, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission	40,00
------	--	-------

B) Consultation verbale d'un médecin de la Commission en relation avec l'assignation temporaire d'un travail

Le médecin qui a charge du travailleur peut, s'il l'estime nécessaire pour compléter le rapport prévu au paragraphe A), communiquer verbalement avec un médecin de la Commission pour obtenir les renseignements nécessaires à la rédaction du formulaire.

9972	consultation auprès d'un médecin de la Commission.	40,00
------	--	-------

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.

9942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	120,00
------	--	--------

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

9911		25,00
9912		50,00
9913		75,00

19. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle au dos. Celles-ci comprennent notamment :

- . la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lombalgie;
- . la remise de la brochure d'information ou de la vidéocassette qu'il commente au besoin ;
- . la discussion avec le travailleur, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités de retour au travail, eu égard à sa condition.

Le médecin fixe également la date de sa prochaine consultation avec le travailleur.

9975	pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'information au travailleur et la transmission à la Commission, à la demande de celle-ci, de la fiche	50,00
------	--	-------

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	32,00	32,00	
0271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	29,00	29,00	
	NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques, ou selon la technique de cryoneurothérapie, les prestations ci-dessus sont majorées de 100% (MOD=052). Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte 0257, 0722, 0297 et 0250.			

Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'excision de tumeur, le cas échéant

	Bronchoscopie :			
9362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	30,00		5
9363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00		4
9364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		
0724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
9400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
9401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00		1
9366	avec bronchographie, supplément	100,00		1
9367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00		1
9368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00		1
9369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément .	50,00		1
9484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		4
0140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		1
0716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	150,00		1
0802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément . .	100,00		1

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
9344	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément.	30,00		
#	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i>			
9351	Photocoagulation au laser par voie endo-bronchique, incluant les visites et périodes de surveillance rendues au cours de la même journée, la bronchoscopie et ses suppléments, le cas échéant, et les services d'un autre médecin à titre d'assistant ou de collaborateur.			
9352	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	150,00		10
9353	Cure de sténose trachéale inflammatoire.	300,00		12
0707	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	350,00		12
0753	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire.	269,00		6
0800	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
0801	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	138,00		6
0811	Ré-expansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et post opératoire et l'anesthésie locale, si employée	125,00		6
0812	Interventions percutanées transtrachéales Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	100,00		
	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	100,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardio-respiratoire, 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.			
9403	premier quart d'heure	50,00		
9404	deuxième quart d'heure	50,00		
9405	chaque quart d'heure additionnel	25,00		

AVIS : Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont réclamées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un « Document complémentaire » et inscrire la lettre « A » dans la case C.S..

Voir la règle 11 du préambule général et la Règle d'application no 6.

Électrophysiologie

NOTE : Un maximum de 800,00 \$ par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».

0170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (PG-23)	142,00	4
0176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23)	419,00	6
+0248	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	105,00	4

AVIS : Voir la Règle d'application n° 19.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0291	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	200,00		4
+	NOTE : Les actes codés 0248 et 0291 ne peuvent pas être facturés à la même séance.			
9422	avec mapping gauche, supplément.	105,00		4
0323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément.	105,00		4
9471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément.	200,00		4
	NOTE : Le service médical codé 9471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 9422 et 0323.			
+	NOTE : Les services médicaux 0170 et 0176 ne peuvent pas être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du cœur.			
0564	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	126,00		
	NOTE : la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.			
9345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire.	394,00		
0734	Chimiothérapie : intraveineuse (injection d'une ou plusieurs substances antinéoplasiques)	5,00	6,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Cathétérisme veineux				
NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie.				
9304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz. .	105,00		
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par			
	abord sous-clavier ou jugulaire			
9305	patient de moins de 16 ans	55,00		
9306	patient de 16 ans ou plus	30,00		
9307	Introduction d'un cathéter veineux central			
	temporaire par voie périphérique (picc-line)			
	incluant l'injection de substance de contraste,			
	le cas échéant	50,00		
+ 9308	Mise en place d'un cathéter veineux perma-			
	nent avec réservoir sous-cutané incluant, le			
	cas échéant, l'injection de substance de con-			
	traste, l'échographie de guidage pour la			
	ponction et la surveillance	160,00		
9309	si reprise de la technique en deçà de 30			
	jours, supplément	25,00		
+ 9327	Mise en place d'un cathéter veineux perma-			
	nent par voie percutanée incluant, le cas			
	échéant, l'injection de substance de con-			
	traste, l'échographie de guidage pour la			
	ponction et la surveillance (PG-28)	92,00		
9328	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 oxy-			
	gène du sang veineux en provenance de la			
	circulation cérébrale, chez un patient présen-			
	tant une condition cérébrale critique.	75,00		
9333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec			
	réservoir incluant la dissection du trajet sous-			
	cutané avec ou sans fluoroscopie ou échogra-			
	phie (PG-28)	35,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Diabétothérapie				
9425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	125,00		
9312	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.			
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».</i>			
	<i>Inscrire l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
9370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	66,00	66,00	
9313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	22,00	29,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Indiquer la date d'entrée en établissement.</i>			
	<i>9313, 9316, 9370 pour la spécialité endocrinologie, voir la règle d'application n° 33.</i>			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Gastro-entérologie				
	Endoscopie gastro-entérologique :			
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duo-			
	dénoscopie ou les trois :			
0691	Diagnostic (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	4
0874	avec dilatation (sténose) et/ou extraction			
	de corps étrangers et/ou exérèse d'un ou			
	plusieurs polypes et/ou fulguration de la			
	muqueuse, et injections de substances			
	sclérosantes pour contrôle d'hémorragie			
	et/ou ligature varicelle endoscopique et/			
	ou coagulation de lésion hémorragique ou			
	de lésion vasculaire, une ou plusieurs,			
	supplément (PG-23)	35,00	35,00	1
0877	exérèse de corps étranger par oesopha-			
	goscopie rigide, supplément (PG-23)	91,40		
	NOTE : Ce service médical ne peut être			
	facturé avec le service médical			
	codé 0874.			
0862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage,			
	unique ou multiple, supplément (PG-23) . .	15,00	15,00	1
0303	avec coagulation par laser ou BICAP pour			
	traitement palliatif de tumeur maligne et/ou			
	villeuse, une ou plusieurs, supplément . . .	100,00	100,00	2
0390	avec gastrostomie percutanée, approche			
	transendoscopique, temps endoscopi-			
	que, supplément	35,00		1
0391	temps chirurgical effectué par un autre			
	médecin spécialiste	50,00		
0304	avec mise en place d'un tube d'alimenta-			
	tion entérale, supplément	15,00		
0548	mise en place d'une prothèse endo-oeso-			
	phagienne, supplément	50,00		2
9376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie			
	flexible avec utilisation de produit colorant .	37,60		
9374	Cholédochoscopie transistule cutanée avec			
	ou sans extraction de calculs	115,00		4
0692	Duodénoscopie avec canulation des voies			
	pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant,			
	l'oesophago-gastroscopie	130,00	130,00	5
0346	avec manométrie pancréatico-biliaire, sup-			
	plément	70,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
9337	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	200,00		4
0364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	70,00		1
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
0697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	100,00	100,00	4
0700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	85,00	85,00	4
0703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	55,00	55,00	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
0863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	35,00	35,00	
0754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	35,00	35,00	4
0749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	40,00	40,00	
	chaque polype additionnel	10,00	10,00	
	Maximum dix (10) polypes excisés			
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
0750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	15,00	15,00	
9488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	50,00	50,00	2
0365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	100,00	100,00	2
0122	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonnet, et/ou mise en place per-endoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	35,00	35,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Hyperalimentation			
0844	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) 132,00\$			
0274	mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
9331	installation de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	155,00	175,00	5
0845	révision de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	58,00	58,00	5
9332	exérèse de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	55,00	55,00	4
	Injections			
0430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	11,00	13,20	
+9487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	25,00	25,00	4
+0305	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme.	120,00	120,00	4
0554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial.	75,00	75,00	
0826	injection de toxine botulinique intralaryngée.	60,00		5
0431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	11,00	13,20	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITÉS.			
0429	injection de médicament dans les cornets du nez	11,70	14,00	4
0437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatérale.	21,50		4
0432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique.	30,00	30,00	
0816	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) cavernographie	9,75	11,50	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0466	hydrotubation gynécologique avec corti- sone 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 asso- cié.			
0443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
0463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	20,00		
9459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	20,00		
0452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie) . .	109,00	109,00	
0454	vasographie unilatérale ou bilatérale	35,00	41,00	4
0455	ventriculographie unilatérale avec trou de tré- pan.			8
0456	ventriculographie unilatérale par trou existant	52,00	52,00	8
0464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclé- rosante pour hémorroïdes	8,50	10,20	
	Injection de l'articulation temporo-mandibu- laire :			
0201	médication intra-articulaire incluant la subs- tance	10,80	10,80	
0228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
0470	la première injection	30,00	30,00	
0472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,00	15,00	
	Injection intrapleurale (chimiothérapie)			
0475	la première injection	50,00	50,00	
0476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00	
0480	Injection intrathécale de médicaments (si injec- tion de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée) : (MOD=052)	15,00	15,00	4
0777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfu- sion en situation d'urgence	35,00		
0558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percu- tané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques)	150,00		4
	Insufflation gazeuse			
0497	pneumomédiastin	15,00	15,00	
0500	pneumopéritoine (intrapéritonéal).	9,75	9,75	
0501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	24,00	24,00	
0505	pneumothorax thérapeutique amorce	15,00	15,00	
0506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation . .	11,00	11,00	
	traitement de pneumothorax			
0615	ponction évacuatrice	22,00	22,00	
0616	aiguille et drainage continu	44,00	44,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx				
	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale			
0519	directe (PG-23)	62,40		4
0511	à suspension (PG-23)	89,20		5
0512	au microscope (PG-23)	117,00		5
0471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée	75,00		
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant				
0515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23)	105,00		6
0516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		1
0878	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
0879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		4
0880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		1
0881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	150,00		1
0882	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			
0547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
#	<u>AVIS :</u> - Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES . - Inscrire le nombre de quarts d'heure complété au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS .			
0799	Trachéoscopie (PG-23)	62,40	74,20	4
	NOTE : Le service médical codé 0799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.			
0559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23)	98,00		5
0522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	9,75	11,50	
0654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	15,00	15,00	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0523	Manipulations vertébrales	12,00	14,10	4
0521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques sans anesthésie	12,00	14,10	
0524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie	110,00	110,00	5
9384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	25,00		

NEUROCHIRURGIE

	Drainage			
0600	lombaire continu (incluant la ponction lom- baire) A8-1	140,00		
0614	ventriculaire externe continu (incluant la tré- panation et ponction ventriculaire)	177,00		6
0625	ventriculaire externe double (incluant trépa- nation et ponctions) dans le même temps.	242,00		12
0629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	177,00		6
	Ponction sous-durale			
0664	unilatérale	36,00		
0665	bilatérale	58,90		
0602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant	21,30	21,30	6
	(ventriculographie : voir épreuves diagnosti- ques)			
0668	Trépanation simple	98,10		8

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE
AVIS : Voir la Règle d'application no 4.

9300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	72,00	72,00	
0109	Amnioscopie	22,50	22,50	

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.

0171	clitoris	36,00	36,00	4
0172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
0177	endomètre	22,50	22,50	4
0186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
0188	grande lèvre	14,60	17,30	4
0245	vagin ou vulve	22,50	27,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)			
	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)			
9436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	300,00		15
9437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	150,00		
9438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	130,00		
	Crânienne et spinale			
9439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	410,00		15
9440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	205,00		
9441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	260,00		
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.			
	Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.			
	On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.			
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs			
	Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du 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.			
9442	Cathétérisme d'un seul vaisseau.	41,00		
9443	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).	82,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
9444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse	260,00		15
+	Cathétérisme veineux			
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en radiologie.			
	<u>AVIS :</u> La règle 15 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique ne s'applique pas lorsqu'un des codes d'acte de cathétérisme veineux est facturé.			
0764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	147,00		
	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			
0789	patient de moins de 16 ans	95,00		
0790	patient de 16 ans ou plus	70,00		
+0765	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)	90,00		
+0769	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	200,00		
0770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	25,00		
+0768	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	125,00		
0766	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	115,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0772	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.....	75,00		
+ 0482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	57,00		4
	Embolectomie			
9446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	260,00		8
	Extraction de corps étrangers			
9447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux) .	260,00		8
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux			
9448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme transcutané, incluant les visites.....	175,00		8
9355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel par compression extrinsèque incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour ainsi que le guidage échographique	150,00		4
	Perfusion artérielle médicamenteuse			
9445	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	40,00		
	NOTE : ce service n'est pas payable le jour de la mise en place du cathéter			
	INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES			
	Cryochirurgie pour lésions internes (excluant la peau) avec appareil dédié			
9497	temps radiologique	400,00		8
9498	temps chirurgical	440,00		8
9499	temps radiologique et chirurgical	600,00		8
	Thermochirurgie pour ablation de tumeur(s) (excluant la peau) avec appareil dédié			
9408	temps radiologique	400,00		8
9431	temps chirurgical	400,00		8
9359	temps radiologique et chirurgical	600,00		8

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Interventions hépato-biliaires			
0435	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire per-cutanée	52,00	52,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.			
	Drainage per-cutané de voies biliaires			
9449	ponction/intubation per-cutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie per-cutanée) pour drainage externe seulement	125,00		4
9450	drainage per-cutané trans-hépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie per-cutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie	160,00		4
9451	dilatation per-cutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	100,00		
9452	mise en place d'un support endo-biliaire (endo-prothèse biliaire)	160,00		
9453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	80,00		
9454	Remplacement de cathéter	36,00		4
9455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	115,00		4
0123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	230,00		4
	Interventions digestives			
9456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	130,00		5
9457	Entérostomie percutanée (caecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	130,00		4
	Interventions mammaires			
	NOTE : Maximum de 3 ponctions et/ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par patient, par jour.			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie et le tarif de la mammographie préalable s'ajoutent.			
0847	Ponction de kyste mammaire avec aspiration sous contrôle échographique ou stéréotaxique incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction.	16,00	25,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, 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 sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
0418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant.	60,00	105,00	4
	NOTE : Ce service ne peut pas être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.			
	kyste ou abcès profond :			
0124	membre	50,00	70,00	4
0324	colonne ou paravertébral	100,00		5
0298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	50,00	70,00	4
0299	kyste rénal	63,00	63,00	4
	insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse			
9472	thoracique	120,00		5
0508	médiastinale	75,00		5
9473	abdominale	140,00		5
9474	pseudokyste pancréatique par voie transgastrique	100,00		
0178	articulation sacro-iliaque	100,00		4
+0491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
	INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE			
	Cavernosographie :			
9476	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 papaverine intracaverneuse).	90,00		
0484	Néphrostographie, examen de vessie iléale. .	15,50	15,50	4
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
9477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	5,00	6,00	
0442	Galactographie	21,00	21,00	
0444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,00	16,00	
0462	Lymphographie incluant la dissection	36,00	36,00	4
9478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	87,00		
0155	Opacification des sinus paranasaux	6,20	6,20	
9479	Phlébographie par ponction osseuse	87,00		
0200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	15,00	15,00	
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			
0453	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 et à la curiethérapie

AVIS : Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement. Vous devez utiliser le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est essentielle.

8510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	45,00		
8511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	59,00		
8507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	15,00		
8508	45 minutes ou plus, supplément	45,00		
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.			
8553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie, lésions non cutanées	79,00		
8509	plus de 45 minutes, supplément	21,00		
8564	Radiothérapie avec modulation d'intensité . .	46,50		
8565	Fusion d'images	46,50		
8554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	150,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
8555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement.	125,00		
8513	Traitement par isotopes métabolisés.	31,00		4
8514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radio-active liquide	31,00		4
8515	Application de radio-isotope par plaque.	24,50		4
8516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	531,00		
8517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	425,00		
8518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	24,00		
8519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	12,00		
8520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	21,30		
8566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
8551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	106,00		6
8552	Radiothérapie de contact intracavitaire (vagin)	106,00		5

CURIETHÉRAPIE

8521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	40,00		
8522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodesitométrie	55,95		
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :			
8524	bronches	60,75		6
8527	col utérin (maximum 5 applications/patiente)	71,95		5
8528	corps utérin	60,95		5
8541	vagin (cavité vaginale)	60,95		5
8544	voies biliaires	60,95		4
8556	oesophage	60,95		5
8557	cavité buccale (moulage)	42,95		5
8558	nasopharynx	60,95		5
8559	rectum	60,95		5
8560	anus	60,95		5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :			
8523	anus	113,95		5
8525	cavité buccale excluant la langue	113,95		7
8526	cerveau	113,95		6
8529	ganglions	167,95		5
8530	hypopharynx	167,95		6
8531	langue, portion mobile	113,95		6
8532	lèvres	87,95		4
8533	médiastin	167,95		6

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
8534	oropharynx, incluant la base de la langue. .	167,95		6
8535	peau	60,95		5
8536	pénis	113,95		4
8537	rectum	167,95		5
8538	sein	60,95		5
8539	tissus conjonctifs après résection	113,95		4
8540	tissus conjonctifs sans résection	219,95		4
8542	vagin (paroi vaginale).	113,95		4
8543	vessie	113,95		4
8561	prostate	167,95		5
	Curiethérapie haut débit, branchement et sur- veillance d'un traitement			
8562	implant interstitiel	60,95		
8563	implant endocavitaire	42,95		
	Insertion de substance radioactive :			
8545	temporaire	47,95		4
8546	permanente	167,95		4
8547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	34,45		
8548	Retrait du matériel radioactif	37,95		
8549	Retrait du matériel d'implantation sous anes- thésie générale	77,95		5
8550	Retrait du matériel d'implantation	47,95		
0637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfri- gérant circulant	55,90	55,90	
	Rhinomanométrie			
0783	interprétation	6,00		
0638	technique et interprétation		10,00	
0733	étude de la résistance nasale par pléthys- mographie corporelle	21,50		4
0710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale (*) . .	53,80		4
0746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique avec ou sans biopsie (*)	21,50	29,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endos- copie des voies respiratoires supé- rieures et/ou digestives.			
	Sinus :			
0640	frontal, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	22,60	27,40	4
0633	frontal, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	16,80	19,90	4

AVIS : (*) Voir le plafonnement d'activités PA18. Oto-
rhino-laryngologie sous l'onglet « Règles
d'application ».

		R = 1	R = 2
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE			
0915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) : par visite	7,00	
	maximum par jour	28,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
0939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	70,00	
	Épidurale continue pour soulager la douleur :		
	pour les premières 48 heures		
0933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les visites, la surveillance et les injections	150,00	
	après 48 heures		
0935	réinjections et/ou visites, par jour, par patient	28,00	
0952	Épidurale différentielle incluant les visites, les injections et la surveillance	150,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 0933 et 0935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. Les services médicaux 0952 et 1901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	Douleur aiguë ou douleur chronique :		
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
0997	période de 24 heures ou moins		4
0998	période de plus de 24 heures		8
0999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément		3
+	NOTE : Les actes codés 0997, 0998 et 0999 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 0988, 0989 et 1900 à l'intérieur d'une période de 48 heures.		
	<u>AVIS :</u> Incrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.		

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	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		
0988	période de 24 heures ou moins		4
0989	période de plus de 24 heures		8
1900	période de plus de 96 heures, par jour, supplément. .		3
+	NOTE : Les actes codés 0988, 0989 et 1900 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 0997, 0998 et 0999 à l'intérieur d'une période de 48 heures.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT</i>		
+ 1901	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique	50,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 0933 et 0935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. Les services médicaux 0952 et 1901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	INHALOTHÉRAPIE		
0917	Visite de contrôle	6,00	
	Maximum par jour	24,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITES.</i>		
+	NOTE : Ne peut pas être facturé par un médecin classé en anesthésiologie, en pédiatrie ou en pneumologie. De plus, la visite de contrôle en anesthésiologie (9135), en pédiatrie (9152) ou en pneumologie (9152) ne peut pas être facturée à la place de ce service médical codé 0917.		
0984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins		5
+	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.</i>		

SOINS SPÉCIAUX**Cathétérisme veineux**

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : *Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné.*
Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

0901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant.	140,00	
0987	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		
0902	patient de moins de 16 ans.	95,00	4*
0993	supplément A8-1.		5
0903	patient de 16 ans ou plus.	70,00	4*
0994	supplément A8-1.		3
+0909	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)	90,00	4*
0995	supplément (A8-1) (PG-23).		5
+0913	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.	200,00	
0916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément.	25,00	
+0922	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.	125,00	
0946	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.	115,00	
0996	supplément A8-1.		7
0992	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.	82,50	

R = 1

R = 2

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

0928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.	
0927	Contrôle subséquent, par visite	11,65
	maximum par jour	46,60
	NOTE : Cette visite de contrôle ne peut être jumelée le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.	

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

0990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.	
0991	Contrôle subséquent, par visite	11,65
	maximum par jour	69,90

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

Spécialistes
D - ANESTHÉSIOLOGIE

		R = 1	R = 2
0912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
0940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible A8-1		8
	<u>AVIS :</u> Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (Réf. : article 6 de l'Annexe 29).		
0900	Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient	48,00	
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 (MOD=036).		18*
	<u>AVIS :</u> Lorsque le modificateur 036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique ; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.		
TRANSPLANTATIONS			
0932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base.		12*

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
DIVERS			
0981	Anesthésie pour angioradiologie PG-23.		6*
0982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesopha- gienne		6*
0954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie		4*
0986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thé- rapeutique d'un nerf majeur		4*
0958	Anesthésie générale pour épiglottite PG-23.		10*
0971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale . . .		4*
0972	Anesthésie pour ablation de points de suture		4*
0974	Tamponnement nasal antérieur.		4*
0975	anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anes- thésie		7*
0973	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 :		
0955	sans intubation		5*
0956	avec intubation		5*
0976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale		4*
0977	anesthésie pour circulation assistée.		8*
0978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire		8*
0979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au sys- tème cardiovasculaire.		7*
0983	anesthésie pour télécobalthérapie		4*
0985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément		1
+ 1902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.		10*

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE	E-2
Règle 1 - Honoraire global.....	E-2
Règle 2 - Visites	E-2
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	E-4
Règle 4 - Soins simultanés	E-4
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés	E-4
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire.....	E-5
Règle 7 - Séances opératoires distinctes	E-5
Règle 8 - Chirurgies multiples	E-5
Règle 9 - Chirurgies distinctes	E-6
Règle 10 - Assistance.....	E-6
Règle 11 - Forfait pour chirurgie oncologique complexe	E-7
# OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	E-8
# Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés.....	E-9
# CHIRURGIE PLASTIQUE.....	E-10
#ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE	E-11
# Règle 1 - Application	E-11
# Règle 2 - Description des nerfs.....	E-11
# Règle 3 - Tarification	E-11

E - CHIRURGIE**ADDENDUM 4 - CHIRURGIE****RÈGLE 1.
HONORAIRES 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.

**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 : Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, veuillez utiliser le modificateur 179.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 49 \$ 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 : ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Toutefois, pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, 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 les chirurgies du système digestif, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont également 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 est le plus élevé.

Ne sont pas visées les chirurgies dont le tarif est de 49 \$ ou moins.

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
1304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	18
Réparation de plaies (débridement compris)			
Lacérations simples :			
face et cou :			
Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.			
1320	moins de 1 cm (PG-28)	19,50	4
#	par cm additionnel (*).	9,00	
	valeur maximum	200,00	
autres localisations :			
pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.			
1323	moins de 1 cm (PG-28)	12,50	4
#	par cm additionnel (*).	3,50	
	valeur maximum	105,00	
Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)			
1316	1 ^{er} centimètre	53,80	4
	par centimètre additionnel	9,70	
<u>AVIS :</u> Le service médical codé 1316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 1317.			
au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément			
1317	1 ^{er} centimètre	16,10	
#	par centimètre additionnel (*)	3,25	
<u>AVIS :</u> Le service médical codé 1317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 1316.			

#AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITES.

R = 1

R = 2

Lacérations compliquées :

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

1322	face et cou :		
	moins de 2,5 cm (PG-28)	53,80	5
	par 2,5 cm additionnels	32,30	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	538,30	
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée. Exemple : 2,5 cm = 1 unité. Joindre le compte rendu opératoire.		
1325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28) . .	C.S.	5
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général. débridement isolé de plaie : NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.		
1327	chaque unité de 1 cm (PG-28)	3,40	4
	valeur maximum	61,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.		
1328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	C.S.	5
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=029)

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=134)

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=150)

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte. (MOD=039)

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé. (MOD=020)

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 4 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 100 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

7.2 On accorde un honoraire de 50 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

7.3 On accorde un honoraire de 100 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**RÈGLE 10.
FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgie oncologique d'une durée anesthésique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : Voir les codes d'acte 2188, 2189, 2192, 9566 et 9567.

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (MOD=172).

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, veuillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du présent manuel.

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : Voir les codes d'acte 19052, 18000 à 18006.

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie générale</i>			
# 2836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	21,00	4
2835	poignet (PG-28)	110,00	4
<i>Ostéotomie</i>			
2706	phalange proximale (PG-28)	180,00	4
2713	phalange moyenne (PG-28)	120,00	5
2717	phalange distale (PG-28)	120,00	5
2718	métacarpe (PG-28)	120,00	4
<i>Réparation</i>			
2898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	155,00	5
2198	ligaments du poignet (PG-28)	240,00	5
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
2726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	205,00	5
2160	poignet avec greffe de tissu (PG-28)	195,00	6
<i>Synovectomie</i>			
2227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	105,00	5
2741	poignet (PG-28)	205,00	6
<i>Syndactylie</i>			
2377	avec greffe de commissure (PG-28)	360,00	5
<i>Ténatomie corrective</i>			
2050	un doigt (PG-28)	105,00	5
2750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	100,00	4
<i>Tendon</i>			
2368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pol- licisation	250,00	6
9582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adja- cent	480,00	8
9583	Transfert tendineux, poignet ou main (PG-28)	396,00	6
	maximum	792,00	
NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.			
9585	Suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	281,00	5
Reconstruction d'un tendon			
(greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies			
9586	en un temps (PG-28)	360,00	8
	en deux temps		
9587	premier temps (PG-28)	360,00	8
9588	deuxième temps (PG-28)	300,00	6

		R = 1	R = 2
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS			
HANCHE			
<i>Amputation</i>			
2296	désarticulation de la hanche.	742,00	12
<i>Arthrodèse</i>			
2936	primaire	742,00	12
2930	post résection de tête fémorale	740,00	15
<i>Arthroscopie</i>			
+ 2419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résec- tion de corps étranger ou de souris articulaire (PG-28). .	390,00	4
<i>Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)</i>			
2410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	530,00	8
2411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse . . .	583,00	10
+ 2333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	738,50	12
2335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	847,00	12
+ 2614	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant	1 059,00	18
2257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 017,50	18
+ remplacement de prothèse totale :			
+ 9598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémoro- rale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie tro- chanterienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre). . .	965,00	15
en deux temps :			
+ 2251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire). . .	800,00	10
+ 2254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant).	800,00	12
2259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	530,00	10
2260	remplacement de composante fémorale complète seu- lement	632,50	12

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
+ 9599	avec allogreffe en bloc au fémur ou à l'acétabulum, supplément.	230,00	3
+ 18011	avec allogreffe en bloc au fémur et à l'acétabulum, supplément.	350,00	4
+	NOTE : Aucun autre acte d'arthroplastie ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un chirurgien de la même discipline sauf les suppléments.		
Arthrotomie			
2055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	397,00	5
Excision			
	Voir tumeur ou site anatomique		
Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)			
2320	prothèse simple	397,00	5
2321	prothèse totale	530,00	8
+ 2794	clous ou vis	200,00	5
2795	clou-plaque, plaque et vis	331,00	6
Luxation			
	traumatique		
2619	réduction fermée sans anesthésie (PG-28)	115,50	
2629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (PG-28)	170,50	5
2757	réduction ouverte	530,00	8
+	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
2747	unilatérale	280,00	5
2748	bilatérale	342,00	5
2702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	742,00	8
2700	réduction ouverte (incluant spica)	636,00	8
2500	avec ostéotomie du bassin	742,00	10
2501	avec ostéotomie du bassin et du fémur.	902,00	15
Examen et manipulation			
+ 2849	sous anesthésie régionale ou générale.	100,00	4
Synovectomie			
2252	complète	530,00	8
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Ténotomie</i>			
	adducteurs		
2074	fermée.	110,00	4
2079	ouverte	132,00	4
2081	psoas	199,00	4
2086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	463,00	6
<i>Transposition et réinsertion tendineuse</i>			
2432	abdominale	250,00	5
2433	psoas iliaque	672,00	8
CUISSE			
2434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat . . .	132,00	5
2295	amputation de la cuisse	420,00	7
2426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	636,00	8
2041	fasciotomie fémorale	265,00	5
FÉMUR			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
	Allongement		
2349	avec ou sans greffe.	847,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
2376	un niveau	953,00	15
2378	deux niveaux	1 104,00	18
2379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	864,00	12
2484	fasciectomie préalable à l'allongement	265,00	5
<i>Biopsie</i>			
2796	à l'aiguille.	110,00	4
2797	ouverte.	199,00	5
2719	forage et décompression de la tête fémorale.	225,50	6
2720	avec greffe osseuse, supplément	110,00	
NOTE : Les services médicaux codés 2719 et 2720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.			
<i>Épiphysiodèse</i>			
2950	fémur par greffe.	463,00	5
2952	fémur et tibia par greffe.	530,00	6
2953	fémur par crampons (agrafe)	397,00	5
2955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	463,00	5
2798	grand trochanter	232,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
2240	tête et col	463,00	5
	tumeur bénigne col et/ou tête		
2799	sans greffe	530,00	6
2801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. .	636,00	8
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
2802	sans greffe	265,00	5
2803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. .	530,00	8
2816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 059,00	15
	tumeur maligne		
2808	sans greffe	530,00	8
2811	avec greffe ou remplacement par prothèse	636,00	8
2812	résection extensive et reconstruction	1 192,00	15
2561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 192,00	18
2562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	225,50	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
2307	bande métallique (une ou plusieurs)	132,00	5
2310	clou, incluant le verrouillage proximal	262,00	5
2302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	262,00	5
2899	plaque et vis	265,00	5
2894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	55,00	3
<i>Fracture</i>			
	col ou intertrochantérienne		
2637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (PG-28)	115,50	5
2638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (PG-28)	132,00	5
<u>AVIS : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.</u>			
	réduction ouverte		
2687	vis percutanée	397,00	8
2716	clou et plaque	463,00	10
2714	greffe pédiculée de Judet, etc.	635,00	10
	col ou pertrochantérienne		
2739	réduction ouverte et ostéotomie	530,00	10
2688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée .	463,00	8
2689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	66,00	
	sous trochantérienne		
2742	réduction ouverte	636,00	10

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
2690	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne réduction fermée avec ou sans anesthésie (PG-28) . . .	264,00	5
	<u>AVIS :</u> En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.		
+ 18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur . .	100,00	5
2673	réduction ouverte fixation interne ou externe	636,00	10
9589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	742,00	10
9590	verrouillage distal, supplément	115,50	2
	<i>Grefe</i>		
2412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.	530,00	8
	<i>Incision</i>		
2269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistu- lectomie cutanée ou osseuse	397,00	5
2564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aigüe	397,00	5
2574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	397,00	5
	<i>Ostéotomie</i>		
2091	col fémoral	742,00	10
2092	métaphyse ou diaphyse, fémur	636,00	8
	<i>Raccourcissement de l'os</i>		
2405	avec ou sans greffe	742,00	10
	<i>Transfert ou transposition</i>		
2625	grand trochanter seul	463,00	5
	<i>Plastie</i>		
2813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 645,00	18

		R = 1	R = 2
GENOU			
<i>Amputation</i>			
2294	désarticulation du genou	397,00	5
<i>Arthrodèse</i>			
2937	simple	636,00	8
+ 2966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, le cas échéant	700,00	12
<i>Arthrolyse</i>			
	directe		
+ 18013	par arthroscopie	310,00	5
+ 18014	par voie ouverte	460,00	7
2013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	953,00	12
<i>Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)</i>			
+ 2492	prothèse totale unicompartmentale	575,00	8
2403	prothèse totale bicompartmentale	742,00	12
+ 18015	changement de polyéthylène seulement	400,00	7
+ 18016	réimplantation de prothèse totale après infection, incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant	860,00	12
+ 2497	prothèse totale et exérèse de prothèse en un temps	892,00	12
+ 2487	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément	220,00	3
+ 2391	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément	220,00	3
+ 2392	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonferenciel du fémur, supplément	385,00	3
+ 2393	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonferenciel du tibia, supplément	385,00	3
+	NOTE : Les 4 suppléments codés 2391, 2392, 2393 et 2487 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.		
2498	prothèse rotule seulement	397,00	6
2499	par allogreffe au fémur distal	768,00	10
2442	par allogreffe au tibia proximal	847,00	10
2465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	990,00	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Arthroscopie</i>		
2577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28)	170,50	4
2724	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	225,50	4
	NOTE : Les services médicaux codés 2577 et 2724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
	<i>Arthrotomie ou capsulotomie</i>		
2056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe	265,00	5
+	<i>Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse</i>		
+ 2305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	132,00	5
	AVIS : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).		
+ 9539	prothèse totale du genou infecté, incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	672,00	5
+ 9540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	300,00	4
	<i>Excision</i>		
+ 2165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite. . .	300,00	5
+ 18017	tumeur dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	400,00	5
	<i>Fracture rotule</i>		
9549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	397,00	4
2680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	342,00	5

		R = 1	R = 2
	<i>Greffe ostéochondrale</i>		
2122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche. NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 2577 et 2724.	350,00	5
	<i>Luxation</i>		
2737	genou réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	199,00	5
2749	rotule réduction fermée (PG-28)	110,00	5
2565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	331,00	5
2566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant.	396,00	7
+	<i>Réparation et reconstruction ligamentaire</i>		
+ 18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	360,00	5
+ 18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
	Reconstruction du ligament, toute technique		
+ 18020	croisé antérieur	463,00	8
+ 18021	croisé postérieur	636,00	10
+ 18022	croisés antérieur et postérieur	936,00	15
+ 18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	250,00	3
+ 18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
+ 18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	130,00	3
+ 18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	397,00	6
+ 18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	150,00	3
+ 18028	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	55,00	1
+ 18029	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	170,50	2
+ 18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	3
+	NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Suture</i>		
2822	un ménisque, toute voie d'approche	342,00	6
+ 18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	58,00	1
+	tendon		
+ 2059	quadriciceps	397,00	5
+ 2061	rotuléen	397,00	6
+ 18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	100,00	1
+	<i>Divers</i>		
+ 2253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	397,00	6
+ 2473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	110,00	4
+ 18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche	672,00	10
	TIBIA ET PÉRONÉ		
	<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>		
	Allongement		
2386	avec ou sans greffe (PG-28)	635,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
2387	un niveau	953,00	12
2388	deux niveaux	1 059,00	15
2398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
	fasciectomy préalable à allongement		
2485	1 compartiment	265,00	5
2486	2 compartiments ou plus	300,00	6
	<i>Amputation</i>		
2292	amputation à la jambe (B.K.)	397,00	5
	<i>Biopsie</i>		
2864	à l'aiguille	110,00	4
2865	ouverte	199,00	5
	<i>Décompression - dénervation</i>		
	fasciotomie tibiale		
2046	1 compartiment	199,00	5
2047	2 compartiments ou plus	265,00	5
	<i>Épiphyiodèse du tibia</i>		
2951	par greffe (Phemister)	397,00	4
2954	par crampon	331,00	4

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
2866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	530,00	7
2867	résection extensive et reconstruction	1 080,00	12
2868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	199,00	5
2869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	463,00	6
2948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	817,00	15
2870	tumeur maligne	530,00	6
2871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	10
2596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 192,00	18
2597	avec prothèse totale, supplément	225,50	4
<i>Exérèse</i>			
2309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) (*)	110,00	5
2872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné (PG-28) (*)	132,00	5
2299	plaque plus vis - tibia ou péroné	132,00	5
2873	plaque plus vis - tibia et péroné	265,00	5
<i>Fractures</i>			
	péroné seul		
2705	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
2725	réduction ouverte	199,00	4
	tibia (avec ou sans péroné)		
2694	réduction fermée (PG-28)	120,00	5
	réduction ouverte		
2696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	463,00	6
9591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	463,00	6
9592	verrouillage distal, supplément	115,50	2
2721	épiphyse proximale plateau (1 ou 2)	463,00	6
2743	pilon tibial	530,00	6

AVIS : (*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de
l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Greffe osseuse</i>		
2874	pour pseudarthrose congénitale.	742,00	8
2413	simple tibia et/ou péroné.	397,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
2414	par transposition du péroné	480,00	6
	<i>Incision et drainage</i>		
2875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	265,00	5
2876	forage ou fenestration de la corticale	265,00	5
2877	saucérisation (mise à plat)	265,00	5
2878	séquestrectomie avec ou sans greffe.	265,00	5
	<i>Ostéotomie</i>		
2093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant.	530,00	7
2068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	420,00	6
2030	du péroné	132,00	5
	<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>		
2406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage . . .	636,00	10
	CHEVILLE		
	<i>Amputation</i>		
2291	type Syme	463,00	5
	<i>Arthrodèse</i>		
2944	pan-arthrodèse	636,00	10
2938	tibio-tarsienne	530,00	6
	<i>Arthrolyse</i>		
2054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	953,00	12
	<i>Arthroplastie</i>		
2420	simple de la cheville	276,00	5
2408	totale de la cheville (prothèse)	672,00	8

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
2551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	115,50	4
2552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28):		
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion	280,50	6
<i>Arthrotomie</i>			
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
2880	avec ostéotomie malléolaire	331,00	7
2057	simple de cheville	265,00	4
2882	avec arthrite septique	331,00	5
<i>Décompression - dénervation</i>			
2883	décompression - sinus du tarse	120,00	5
2884	décompression - tunnel tarsien	132,00	5
2885	neurectomie cheville	171,00	4
<i>Exérèse</i>			
9541	de prothèse totale de cheville	199,00	5
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
2304	uni-malléolaire (*)	110,00	5
2306	bi ou tri-malléolaire (*)	132,00	5
<i>Fracture</i>			
2708	uni, bi, tri-malléolaire réduction fermée (PG-28)	113,00	5
<u>AVIS :</u> En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.			
	réduction ouverte		
2727	uni-malléolaire.	265,00	5
9542	bi-malléolaire	397,00	6
2886	tri-malléolaire	463,00	6
2887	malléolaire avec déchirure ligamentaire	397,00	5
<i>Luxation</i>			
2751	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
2888	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire. . . .	397,00	6

AVIS : (*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum
5 - Appareil musculo-squelettique).

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Manipulation</i>		
2851	cheville.	110,00	4
	<i>Reconstruction - réparation</i>		
2161	reconstruction ligamentaire.	331,00	5
2199	réparation ligamentaire (immédiate).	265,00	5
2441	réparation tendon d'Achille		
	immédiate.	331,00	5
2889	tardive.	397,00	4
	<i>Synovectomie</i>		
9543	cheville.	331,00	5
	<i>Ténotomie (tendon d'Achille)</i>		
2075	fermée.	110,00	4
2080	ouverte.	132,00	4
	<i>Transposition tendineuse</i>		
9544	une.	331,00	5
9545	deux ou plusieurs.	463,00	6
	PIED		
	<i>Allongement (incluant l'ostéotomie)</i>		
2264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	742,00	7
	<i>Amputation</i>		
2267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne (PG-28).	331,00	5
2287	un métatarsien en rayon.	105,00	5
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (*)	21,00	
2285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28).	110,00	5
	chaque orteil additionnel (*)	26,00	
	<i>Arthrodèse</i>		
2943	médio-tarsienne ou sous-astragaliennne ou triple arthro- dèse.	530,00	6
2949	articulation de Lisfranc.	265,00	5
2946	articulation métatarso-phalangienne.	265,00	5
2940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil.	110,00	4
	chaque orteil additionnel (*)	30,00	

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
Arthrolyse			
2070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	742,00	6
Arthroscopie			
9500	pied (PG-28).	105,00	5
Arthrotomie			
	Arthrotomie incluant, le cas échéant : la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
2237	simple, sans fixation d'ostéochondrite	110,00	5
2238	simple, avec fixation d'ostéochondrite	225,50	5
9501	pour arthrite septique.	199,00	5
Biopsie			
9502	à l'aiguille ou au trocart	110,00	4
2247	ouverte (PG-28)	155,00	5
Excision			
2244	complète d'astragale ou de calcanéum	310,00	8
2241	barre tarsienne	331,00	5
2234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant (PG-28)	199,00	5
2246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire	132,00	5
2242	tête métatarsienne (PG-28)	115,50	5
	chaque additionnelle pour le même pied	23,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2245	os sésamoïde	132,00	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
9505	sans greffe (PG-28)	199,00	5
9506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	331,00	6
	os mineurs		
9507	sans greffe (PG-28)	132,00	5
9508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	265,00	5
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
9509	sans greffe	255,00	7
9510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
	os mineurs		
9511	sans greffe	180,00	5
9512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	240,00	4

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Exérèse			
9513	prothèse.	132,00	5
9514	vis, broche, fils, clou, plaque (PG-28)	110,00	4
AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>			
Grefe			
9515	calcanéum ou astragale	331,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
9516	os mineur.	199,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
Fracture			
2710	calcanéum ou astragale réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	110,00	4
2744	réduction fermée avec embrochage percutané	331,00	6
2730	réduction ouverte	463,00	5
2734	arthrodèse primaire	463,00	6
	tarse (astragale et calcanéum exceptés) un ou plusieurs		
2709	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
2729	réduction ouverte.	331,00	6
	métatarsien		
2711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	110,00	4
2691	réduction fermée avec embrochage percutané	110,00	4
	chaque métatarsien additionnel (*)	30,00	
	réduction ouverte		
2731	un	132,00	5
2732	plusieurs au même pied	331,00	4
	phalange		
2712	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied (*)	22,00	
2692	réduction fermée avec embrochage percutané	110,00	4
	chaque orteil additionnel pour le même pied (*)	30,00	
2733	réduction ouverte	132,00	5

AVIS : (*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
<i>Incision - drainage</i>			
9517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	5
9561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	110,00	5
9562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28)	199,00	5
<i>Luxation</i>			
tarse			
2752	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
2765	réduction fermée et fixation percutanée.	199,00	5
2764	réduction ouverte	255,00	5
métatarso-phalangienne			
2754	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied.	22,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2766	réduction ouverte	132,00	5
interphalangienne			
2756	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied.	22,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2767	réduction ouverte	113,00	5
<i>Manipulation</i>			
9532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	110,00	4
<i>Ostéotomie</i>			
2060	calcanéum, astragale ou tarse	265,00	6
9524	métatarse	132,00	5
9563	phalange (PG-28)	132,00	5
<i>Reconstruction</i>			
capsulotomie tarso-métatarsienne			
9528	un.	132,00	5
9529	plusieurs	463,00	6
2049	syndactylie pour orteil	116,00	5
transposition et réinsertion tendineuse, orteil			
9564	un.	115,50	5
	chaque orteil additionnel du même pied.	23,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
9530	un	331,00	5
9531	plusieurs	463,00	6
2436	ténodèse, pied	265,00	4
	1 ^{re} articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
9593	sans ostéotomie	199,00	5
2069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne	225,50	5
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
9595	hémi-arthroplastie	199,00	5
9596	arthroplastie totale	265,00	5
9565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant.	280,50	5
2529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant.	132,00	5
2550	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	115,50	5
	chaque orteil additionnel du même pied	23,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.		
2422	pour chevauchement du 5e orteil, toute technique	132,00	5
	pied bot ou astragale vertical		
2553	allongement ouvert du tendon d'Achille	115,50	5
2555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant.	341,00	6
2556	relâchement antérieur	341,00	6
2557	relâchement plantaire extensif	341,00	6
2558	capsulotomie interne et allongement tendineux	396,00	7
2560	relâchement postéro-médian	632,50	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
2563	reprise d'un relâchement postéro-médian.	902,00	15
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

		R = 1	R = 2
	<i>Synovectomie</i>		
2248	orteil	132,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	<i>Ténotomie</i>		
	fermée		
2071	un orteil	40,00	4
2072	plusieurs orteils	110,00	4
2073	fascia plantaire (Steindler)	110,00	4
	sous vision directe		
2076	un orteil	132,00	4
2077	plusieurs orteils	155,00	4
2078	fascia plantaire (Steindler)	132,00	4
	BOURSE SÉREUSE		
	<i>Drainage</i>		
2008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	132,00	5
	<i>Excision</i>		
2212	bourse calcanéenne (talon)	132,00	4
2236	bourse olécrânienne (PG-28)	132,00	4
2235	bourse huméro-radiale	120,00	4
2256	bourse malléolaire, pré-rotulienne, pré-tibiale	110,00	4
2255	bourse péritrochantérienne	110,00	4
2233	bourse sous-deltôïdienne	132,00	4
9534	bourse ischiatique	180,00	4
	<i>Incision - exérèse</i>		
2012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	132,00	5
	MUSCLES		
	<i>Allongement</i>		
9535	allongement musculaire (PG-28)	265,00	4
	<i>Exérèse</i>		
	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale		
2190	simple	110,00	5
2191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	240,00	5
	<i>Excision</i>		
9536	raccourcissement musculaire	180,00	5
2208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	199,00	5
2209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	331,00	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
2155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	240,00	6
2023	section du sterno-cléido-mastoïdien (torticolis congénital)	240,00	5
	tumeur		
2127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	199,00	4
2152	excision tumeur bénigne (PG-28)	180,00	4
2153	excision tumeur maligne (PG-28)	397,00	5
2154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	341,00	8
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Reconstruction - réparation

2331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	255,00	7
2323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire PG-28)	155,00	5
2322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral	495,00	10

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONEVROSES ET LIGAMENTS**Excision**

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
2201	une (PG-28)	132,00	5
2202	plusieurs (PG-28)	205,00	5
9537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28)	105,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
2007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	199,00	4
2082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	105,00	4
2083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	240,00	5

Incision et exérèse

2014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28)	95,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
2015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28)	116,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
9597	Tenolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28). NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.	280,00	5
2327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.	150,00	5
Reconstruction			
2326	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (PG-28).	240,00	4
	suture		
	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
2396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28) maximum	137,50 412,50	5
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) réparation immédiate ou tardive maximum	210,00 630,00	5
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28). maximum	198,00 792,00	5
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
2330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	255,00	7
2332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	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		
2488	externes	132,00	4
2489	percutanés.	107,40	4
2490	internes	171,00	5

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
2348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle.	110,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même discipline à la même séance.		
2308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	5
2301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) (*)	25,00	4
2328	exérèse de prothèse ailleurs	132,00	5
2312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) (*)	110,00	5
2311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	13,00	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
9547	os majeur	132,00	5
9546	os mineur	120,00	4
2300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	132,00	5
2303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	132,00	5
2381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	132,00	
2325	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	199,00	6
2957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	125,00	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 actes suivants de 2423 à 2431 et 2530 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur Québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

AVIS : (*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).

		R = 1	R = 2
2430	astragale.	199,00	
2423	bassin.	397,00	
2431	calcaneum.	110,00	
2424	fémur incluant la tête et le col fémoral.	331,00	
2428	humérus.	265,00	
2530	peau.	300,00	
2429	radius ou cubitus.	240,00	
2427	tibia.	265,00	

Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs,
artères, veines, sous microscope)

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8.1 de l'Addendum 4 de la chirurgie ne
s'applique pas aux actes de cette rubrique

2355	avant-bras.	1 400,00	18
2356	bras.	1 400,00	18
2352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-28)	1 000,00	18
2357	épaule.	1 800,00	18
2354	poignet.	1 400,00	18

**Programme national pour les victimes de
traumatismes par amputation ou nécessitant
une revascularisation microchirurgicale
d'urgence**

19052	Forfait par période de 24 heures.	3 600,00	
-------	--	----------	--

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement -
médecin » (n° 1200) de la façon suivante :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO
D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appro-
priée;
- le code d'acte 19052 dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter
dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce
code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette
demande de paiement.

18000	Pour le rôle 2.		18
-------	----------------------	--	----

AVIS : Le numéro d'assurance maladie de la personne
assurée doit être inscrit dans la case NUMÉRO
D'ASSURANCE MALADIE.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil
musculo-squelettique.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
18001	Assistance opératoire :		
18002	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins . . .	650,00	
18003	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total . .	750,00	
18004	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total . .	900,00	
18005	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total .	1 100,00	
18006	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00	
	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures. . . .	1 650,00	

+ NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Pour l'application des modificateurs d'urgence, l'heure de début de l'assistance opératoire doit être comprise entre 19 heures et 7 heures la semaine et en tout temps le week-end et les jours fériés.

Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

Microanastomose (grossissement 5X et plus) :

2385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	500,00	10
2394	Greffe d'une artère ou d'une veine microanastomosée . .	900,00	15
2180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale.	360,00	8

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

		R = 1	R = 2
Forfait pour chirurgie oncologique complexe			
9566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00	10
9567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00	12
2188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 540,00	18
2189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	1 760,00	18
2192	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	2 200,00	18

AVIS : Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique. Joindre le compte rendu opératoire.

		R = 1	R = 2
NON THORACIQUE			
<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.			
4660	Angioscopie per-opératoire, supplément	90,00	2
4661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	200,00	4
4662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte . . .	300,00	10
4665	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 . .	75,00	
4666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main . . .	360,00	4
4667	Réparation d'anévrisme d'une artère périphérique	480,00	8
NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.			
4668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	79,20	4
4669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	330,00	4
4670	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément. .	C.S.	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
4671	faux anévrisme, supplément.	72,00	
4674	Excision d'une tumeur du corps carotidien.	619,00	8
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
4677	aorte.	635,00	15
# 4678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale.	869,00	15
4679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale.	1 012,00	15
4680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
4683	aorte, supplément.	300,00	
4684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	395,00	
4685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	460,00	
4686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément.	235,00	
4688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse, supplément (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement). .	300,00	
<u>AVIS :</u> Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.			
4689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	220,00	

J - SYSTÈME CARDIAQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Perfusion régionale pour chimiothérapie</i>			
4691	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
<i>Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale</i>			
4692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	660,00	15
4693	Aorto-aortique	896,00	15
	Aorto-iliaque :		
4694	unilatéral	784,00	15
4695	bilatéral	896,00	15
	Aorto-fémoral :		
4696	unilatéral	896,00	15
4697	bilatéral	1 008,00	15
4698	Ilio-fémoral	896,00	12
4699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	880,00	15
4701	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	286,00	
4702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	572,00	
4703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	858,00	
4704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	100,00	
<i>Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique</i>			
4707	Fémoro-poplitée	480,00	12
4708	Fémorale commune	480,00	12
4709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	480,00	12
4710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	672,00	12
<i>Pontage d'une artère périphérique</i>			
	Fémoro-poplité :		
4713	prothèse synthétique	576,00	12
4714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	784,00	12
	Fémoro-tibial ou péronier :		
4715	prothèse synthétique	576,00	12
4716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	784,00	12

Spécialistes
M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
6013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor.	361,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
6020	Cystostomie : isolée	263,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
6023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : - électrocoagulation - excision de tumeur vésicale - extraction de calculs.	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgien(s) de la même discipline.		
6025	avec implantation de stimulateur électrique.	460,00	4
6017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	4
6018	Dénervation de la vessie par transsection.	350,00	7
6049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
6022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5
+	Injections thérapeutiques		
+ 6001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage. . . .	180,00	4
+	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
	Excision		
6159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
6113	Cystectomie : partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6

M - APPAREIL URINAIRE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
6114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
6205	totale ou cystoprostectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme)	736,00	12
+ 6002	cystoprostectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	1 880,00	18
+ 6038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale.	1 880,00	18
+ 6041	pour segment détubularisé (ex.: Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
+ 6042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Camey et autres), supplément	240,00	
+ 6052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Studer et autres), supplément	368,00	
+	NOTE : Les suppléments codés 6041, 6042, 6052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6002 et 6038.		
6220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	300,00	5
6168	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) : de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	208,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale.		
Destruction			
6301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	140,00	4
Réparation			
6352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	526,00	5
6311	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		
6312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres) .	1 183,00	12
6336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 314,00	16
6277	Valve de continence, supplément par valve	197,00	

Spécialistes**M - APPAREIL URINAIRE**

		R = 1	R = 2
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les ré-anastomoses urétéro-intestinales		
6343	univalvulaire	631,00	15
6344	plurivalvulaire	672,00	15
6383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés.	736,00	15
Suture			
6357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie.	394,00	6
6358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée. .	329,00	4
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
6402	par voie sus-pubienne.	526,00	6
6403	par voie vaginale	460,00	5
6423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5
URÈTRE			
Incision			
6030	Urétrostomie externe antérieure.	131,00	4
6031	Urétrotomie externe par voie périnéale	197,00	5
6032	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 :		
6033	d'un abcès péri-urétral profond.	197,00	5
6034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie.	263,00	5
Excision			
6190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	4
6210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme). .	263,00	5
6211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	197,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
6035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	197,00	5
6215	Urétrectomie totale	280,00	6
6219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	5
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
6362	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	5
6021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
6037	Urétrolyse post-urétropexie		
6014	par voie sus-pubienne	438,00	7
	par voie vaginale.	197,00	7
NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section « Urètre » sous la rubrique « Réparation ».			
Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire :			
6446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	4
6447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	4
6448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	5
6449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	4
6450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	5
Correction d'incontinence urinaire			
6373	par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales.	181,00	4
6417	par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	631,00	10
6374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
6454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse.	263,00	4
6384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	197,00	4
6347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	197,00	4
<i>Suture</i>			
Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire :			
6366	pour rupture antérieure	197,00	4
6367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
6368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	6
6369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	5
6302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	4

Spécialistes**M - APPAREIL URINAIRE**

		R = 1	R = 2
6370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	4
6371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	480,00	6
6372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	5
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
6295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	5
6296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur .	150,00	5
6297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	6
6298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
6306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
	avec abaissement vaginal :		
6307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
6308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	329,00	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.		

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
6106	Résection partielle du scrotum	197,00	5
6107	Résection totale ou complète du scrotum.	263,00	6
CANAL DÉFÉRENT			
<i>Excision</i>			
6232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4
<i>Réparation</i>			
6392	Épididymo-vasostomie unilatérale.	100,00	4
6418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie . . .	329,00	6
6395	Vaso-vasostomie unilatérale	110,00	4
6444	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
CORDON			
<i>Excision</i>			
6397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale.	263,00	4
VÉSICULE SÉMINALE			
<i>Excision</i>			
6235	Vésiculectomie.	576,00	5
PROSTATE			
NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Prostate » peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.			
<i>Incision</i>			
6054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	263,00	5
6055	Biopsie ouverte, voie périnéale	197,00	4
6051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	200,00	4
<i>Excision</i>			
6240	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant) sus-pubienne (1 ou 2 temps)	394,00	5
6241	rétopubienne simple	394,00	5
6242	périnéale simple	330,00	6

N - APPAREIL GÉNITAL MALE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
6243	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	922,00	10
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 4244 lors d'une même séance		
6244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire.	736,00	7
6247	transurétrale incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales, la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne et la cystostomie.	394,00	6
6239	par laser, électrocautérisation ou électrovaporisation, 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 mais excluant les traitements par diathermie.	363,00	6
6248	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	197,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Résection 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		
6060	réintervention après 1 an ou plus.	394,00	6
6061	réintervention en moins d'un an.	263,00	6
6064	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	6
+	Brachythérapie		
+6053	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

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - GYNÉCOLOGIE	P-2
# Vulve et orifice inférieur du vagin	P-5
# Vagin	P-5
# Trompes	P-6
# Ovaires.....	P-7
# Utérus et col utérin.....	P-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 sous l'onglet « Règles d'application » le plafonnement d'activités : PA-5.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 100 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée à l'Annexe I du tarif sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE. Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte 6945 ou 6946, sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code d'acte 6919, sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

RÈGLE 4.

4.1 Celui auquel un médecin accoucheur ou une sage-femme fait appel en raison de la complexité de l'état de la parturiente ou du fœtus, est payé comme suit :

- a. On lui accorde un tarif de 320 \$ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manœuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

AVIS : La liste est publiée à l'Annexe II du tarif sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE. Pour la facturation de l'ensemble des soins lors de la pratique d'une manœuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 6929 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

- b. On lui accorde un tarif de 102 \$ pour sa consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(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 fœtal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 6940 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

Dans les autres cas, on applique le tarif général des visites.

L'honoraire du médecin accoucheur est de 180 \$, s'il ne fait pas l'accouchement ou la césarienne.

AVIS : Voir le code d'acte 6933 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet 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 d'acte 0027 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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 d'acte 15091 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte.

- + 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.

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.

P - GYNÉCOLOGIE**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 4.

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN*Incision*

6043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie	119,00	4
6062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene	119,00	4

Excision conventionnelle ou au Laser

6170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	42,00	4
6169	Condylomatose ano-génitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	140,00	4
6172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	119,00	4
6189	Bartholinitectomie ou vestibulectomie ou les deux	140,00	4
6156	Vulvectomie : hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve .	280,00	5
6045	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	560,00	6
6048	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6158	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	896,00	12
6063	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux . . .	119,00	4
6356	Plastie des grandes lèvres : correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	140,00	5

VAGIN*Incision*

6065	Culdocentèse	42,00	4
6066	Colpotomie (exploration et drainage)	140,00	4

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

6074	première	65,00	4
6075	subséquente	36,00	4
	maximum, une colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin		

Règles :

- 1) La rémunération de la colposcopie est incluse dans celle de la visite en cabinet.
- 2) La première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

6249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	480,00	8
----	Caroncule urétrale ou ectropion	(Voir système urinaire)	
6141	Exérèse d'un septum vaginal	140,00	4
6173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple.	119,00	4

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

6400	Cystocèle (urétrocèle)	280,00	4
6405	ou rectocèle	280,00	4
6406	et rectocèle	350,00	5
6426	Sacro-ischioepexie par voie vaginale, supplément	121,00	
6425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entéroccèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	88,00	
6408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	350,00	5
6420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	420,00	4
6410	Rectocèle et sphinctéropexie anale	280,00	4
6411	Colpocléisis	350,00	4
6412	Urétropexie, toutes techniques	350,00	4
6414	Entéroccèle ou colpocèle par voie vaginale	350,00	5
6415	Vaginoplastie (sténose)	119,00	4
6419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	160,00	4
6416	Reconstruction vaginale avec greffe	420,00	10

Suture

6421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	140,00	4
------	--	--------	---

TROMPES*Excision*

6260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	4
------	---	--------	---

		R = 1	R = 2
Réparation			
6458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	420,00	4
6428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	560,00	8
Suture			
6430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique) . . .	350,00	5
6429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	140,00	4
6451	avec avortement thérapeutique	210,00	4
6461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément . .	66,00	
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 9.			
OVAIRES			
Excision			
6188	Kyste ovarien, paraovarien unilatéral ou bilatéral	350,00	5
	NOTE : Ce code d'acte ne peut être réclamé pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste, ou pour une stérilisation.		
6177	Tumeur intraligamentaire	350,00	4
6261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	5
6262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale.	350,00	5
Réparation			
6288	Chirurgie conservatrice de l'endométriose Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins 3 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, répéritonisation pelvienne, neurectomie pré-sacrée, hystéropexie	560,00	8
<u>AVIS :</u> Inscrire les chirurgies pratiquées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
6264	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes.	280,00	5
6263	Ovariopexie.	329,00	5
UTÉRUS ET COL UTÉRIN			
Incision			
6070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	280,00	5
6067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	350,00	5

P - GYNÉCOLOGIE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
6069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	672,00	4
6068	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	490,00	4
6072	Métroplastie (utérus septus)	350,00	5
<i>Excision conventionnelle ou au Laser</i>			
6145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28).	90,00	4
6146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri sous anesthésie générale ou péridurale seulement	119,00	4
6811	Thérapie cervicale, incluant la visite pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	57,20	4
6812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.).	42,00	4
6149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	350,00	5
6148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	4
6154	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6178	Polypectomie simple	16,50	4
6265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
6251	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6071	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	672,00	8
6108	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
6164	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	633,60	10
6194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	275,00	

Spécialistes
P - GYNÉCOLOGIE

		R = 1	R = 2
6270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	930,00	12
6112	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
<i>Trachélectomie :</i>			
6267	abdominale	350,00	5
6268	vaginale	280,00	5
6233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale.	844,80	12
6231	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6118	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
<i>Paramétriectomie :</i>			
6289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et para-aortiques.	930,00	12
6294	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
6130	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
<i>Exentération pelvienne :</i>			
6271	postérieure	1 750,00	18
6272	antérieure et postérieure	2 500,00	18
+ 6278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	274,00	
6225	création d'un conduit urinaire de type réservoir contenant, supplément.	660,00	
+	NOTE : Les suppléments codés 6225 et 6278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6271 et 6272.		
6279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche.	550,00	10
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code d'acte par un médecin de la même discipline, à la même séance opératoire, par la même incision.		
6276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse.	420,00	5
6274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
6273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse.	420,00	5
6381	Sympathectomie présacrée	420,00	5
<i>Introduction</i>			
6434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28)	119,00	4
6455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	99,00	1

P - GYNÉCOLOGIE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
6460	avec ablation de l'endomètre ou myomectomie, ou les deux, supplément	165,00	2
6404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques	150,00	4
----	Laparoscopie (Voir appareil digestif)		
Réparation			
6452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale.	280,00	7
6457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes	265,00	5
Manipulation			
Avortement incomplet :			
6900	par extraction menstruelle	28,00	
6906	par curetage (PG-28)	119,00	4
Avortement thérapeutique :			
6908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	28,00	
6909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	119,00	4
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application no 9 - Obstétrique gynécologie.			
Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines			
6948	1er temps : induction toutes méthodes	140,00	4
6949	2e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28) . .	119,00	4
+ 6952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (PG-28)	99,00	4
6924	Cérclage du col chez la parturiente	119,00	4
Divers			
6398	Implantation sous-cutanée de capsules de lévonorgestrel	100,00	4
6399	Exérèse des capsules de lévonorgestrel	120,00	4

AVIS : Si la mise en place est faite à la même séance que l'exérèse, facturer le code d'acte 6399, inscrire la lettre « N » dans la case C.S. et demander 170 \$ dans la case HONORAIRES.

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE	Q-2
# Obstétrique	Q-5
# ANNEXE I : ACCOUCHEMENT À RISQUES	Q-8
# ANNEXE II : RÈGLE 4.1 a)	Q-10
Honoraire global de manoeuvre obstétricale intra-partum	

Q - OBSTÉTRIQUE**ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE****RÈGLE 1.**

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : Voir sous l'onglet «Règles d'application» le plafonnement d'activités : PA-5.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 100 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte 6945 ou 6946, sous le présent onglet.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code d'acte 6919, sous le présent onglet.

RÈGLE 4.

4.1 Celui auquel un médecin accoucheur ou une sage-femme fait appel en raison de la complexité de l'état de la parturiente ou du fœtus, est payé comme suit:

- a. On lui accorde un tarif de 320 \$ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manoeuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

AVIS : La liste est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation de l'ensemble des soins lors de la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 6929 sous le présent onglet.

- b. On lui accorde un tarif de 102 \$ pour sa consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(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 fœtal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 6940 sous le présent onglet.

Dans les autres cas, on applique le tarif général des visites.

L'honoraire du médecin accoucheur est de 180 \$, s'il ne fait pas l'accouchement ou la césarienne.

AVIS : Voir le code d'acte 6933 sous le présent onglet.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet 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 d'acte 0027 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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 d'acte 15091 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte.

- + 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.

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.

Q - OBSTÉTRIQUE**AVIS :** Voir la Règle d'application no 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-nataux n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

6903	Accouchement.	335,00
6919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	167,50
6950	Accouchement vaginal après césarienne, supplément . .	100,00
6945	Accouchement dans les cas complexes, supplément. . .	100,00

AVIS : La facturation de l'acte 6945 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

6925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe	60,00	4
------	--	-------	---

Q - OBSTÉTRIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
6912	Césarienne avec ou sans stérilisation	360,00	9
6913	Césarienne et hystérectomie	540,00	13
6946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	100,00	3
<u>AVIS :</u> <i>La facturation de l'acte 6946 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.</i>			
6937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
6929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	320,00	
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la manoeuvre obstétricale effectuée. Voir Annexe II sous le présent onglet.</i>			
6934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2 ^e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail.	320,00	
NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 6929.			
<u>AVIS :</u> <i>Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.</i>			
6940	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 désenclavage 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.	102,00	
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.			
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.</i>			
6917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		5
6918	Réparation de déchirures (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		4
Amniocentèse (Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)			
6920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	120,00	4

Spécialistes
Q - OBSTÉTRIQUE

		R = 1	R = 2
6915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	72,00	4
6928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite fœtal) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse , le cas échéant.	144,00	4
6926	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1000 cc ou plus	144,00	4
6930	Transfusion fœtale intra-utérine.	420,00	6
6942	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		
6960	moins de 20 minutes	20,00	
6961	20 minutes et plus	50,00	
6933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par l'obstétricien, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement (réservé au détenteur d'un certificat en obstétrique seulement)	180,00	

AVIS : *Disposition administrative en vue de l'application du 6e paragraphe de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - Obstétrique - gynécologie.*

**ANNEXE I
ACCOUCHEMENT À RISQUES (Acte codé 6945)****CAS COMPLEXES****A) VOIE VAGINALE****CONDITIONS FOETALES :**

- Présentation de la face (652.4) ou du siège (652.2) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale: système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme (plus que 42 semaines) (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)

*** 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 (4e degré) (664.2)
- Rupture utérine (665.1)

*** Autres**

- Séquelles de spina bifida (741.9), polios (045.9)
- Cancer génital (184.9)
- Multiparité (plus que 5) (659.4)

B) CÉSARIENNE (Acte codé 6946)**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 2500 g) (656.5)

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)

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

- Rupture utérine (665.1)

ANNEXE II

RÈGLE 4.1 a)

HONORAIRE GLOBAL DE MANOEUVRE OBSTÉTRICALE

INTRA-PARTUM

(Acte codé 6929)

- Application de forceps ou ventouse
- Manoeuvre nécessitée par une dystocie de l'épaule
- Extraction manuelle du placenta pour placenta retenu
- Réparation de déchirures cervico-vaginales (de 5 cm ou plus)
- Réparation de déchirures du 3e ou du 4e degré
- Révision utérine pour hémorragie
- Manoeuvre nécessitée par l'accouchement d'un siège ou d'un deuxième jumeau

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX	S-2
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-2
Lésions infectieuses et parasitaires	S-3
Lésions vasculaires	S-4
Lésions vasculaires cervicales	S-5
Lésions traumatiques	S-5
# Liquide céphalo-rachidien	S-5
Malformation congénitale crânio-encéphalique	S-6
# Installation du cadre plus	S-7
Neurochirurgie de l'épilepsie	S-7
# NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-8
Chirurgie du nerf facial	S-8
Divers	S-8
RACHIS, MOËLLE, QUEUE DE CHEVAL	S-9
Tumorale	S-9
Dégénérative et traumatique	S-9
Lésions vasculaires	S-9
Lésions infectieuses	S-10
Malformations congénitales du rachis et moëlle épinière	S-10
Neurochirurgie fonctionnelle	S-11
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-12
Divers	S-13

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

CRÂNE & ENCÉPHALE**Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)***Sus-tentorielles :*

7520	Lésions des ventricules latéraux.	1 373,00	18
7521	Lésions du IIIe ventricule	1 570,00	18
7522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 472,00	18
7523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex : crano-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 766,00	18
7524	Lésions de la région pinéale	1 766,00	18
7525	Lésions de la voûte du crâne	491,00	12
7526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 177,00	18
7527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 079,00	18
7528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	441,00	10

Sous-tentorielles

7529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 275,00	18
7530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 373,00	18
7531	Tumeur du tronc cérébral biopsie seulement	1 275,00	18
7532	exérèse 50 % et plus	2 158,00	18
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
7533	5 cm ou moins	1 570,00	18
7534	plus de 5 cm	2 158,00	18

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
+ 7535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 079,00	18
+ 7536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 128,00	18
7537	crano-pharyngiomes	1 226,00	18
7538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 128,00	18
7539	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	245,00	

Spécialistes
S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
7540	Stade A	1 177,00	18
7541	Stade B	1 373,00	18
7542	Stade C & D (géants)	1 570,00	18
7543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 128,00	18
7544	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément.	245,00	
7545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	1 766,00	18
7546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur ..	1 570,00	18
7547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 177,00	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
7548	2/3 externe.	1 177,00	18
7549	1/3 interne	1 570,00	18
7550	Lésions du Clivus.	2 158,00	18
7551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet.	1 766,00	18
	Lésions de la tente :		
7552	infratentorielles	1 472,00	18
7553	supratentorielles	1 373,00	18
7554	combinées.	2 158,00	18
7555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	1 766,00	18
7556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 158,00	18
+ 7000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	180,00	12

Lésions infectieuses & parasitaires
Sus-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
7557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 079,00	18
7558	sous-durales	687,00	18
7559	épidurales	687,00	18
7560	Exérèse de volet infecté et /ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	491,00	12
7561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	491,00	12
7562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) ..	441,00	10

Sous-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
7563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 275,00	18
7564	sous-durales	883,00	18
7565	épidurales	883,00	18
7566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention.	736,00	15
7567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	736,00	15

S - SYSTÈME NERVEUX**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
7568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) . .	687,00	15
Lésions vasculaires			
NOTE : Définition des grades on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :			
a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1 moyen (3 à 6 cm) 2 large (plus de 6 cm) 3			
b) cerveau éloquent : non 0 oui 1			
c) composante vasculaire profonde : non 0 oui 1			
Sus-tentorielles :			
Cure d'anévrisme, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :			
7570	premier, quelle que soit sa morphologie	1 570,00	18
7599	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément (*)	392,00	
+ 7573	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	491,00	
Cure de malformation artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :			
7574	grade 1	1 373,00	18
7575	grade 2	1 648,00	18
7576	grade 3	1 923,00	18
7577	grade 4	2 197,00	18
7578	grade 5	2 472,00	18
7579	Cure de fistule artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	981,00	18
Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :			
+ 7580	par craniotomie	900,00	15
7581	par trépanation ou craniectomie et aspiration	392,00	10
7582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 079,00	18
7583	Cure de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 667,00	18
Sous-tentorielles :			
Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire			
7511	premier, quelle que soit sa morphologie	1 962,00	18
7512	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément (*)	392,00	
+ 7001	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	600,00	

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITES.

Spécialistes

S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
7585	Craniotomie pour malformation artérioveineuse : grade 1	1 570,00	18
7586	grade 2	1 844,00	18
7587	grade 3	2 119,00	18
7588	grade 4	2 394,00	18
7589	grade 5	2 668,00	18
7590	Hématome cérébelleux autre que traumatique.	981,00	18
7591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 275,00	18
7592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 373,00	18
Lésions vasculaires cervicales			
7593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	883,00	18
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cer- veau.		
Lésions traumatiques			
7595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	981,00	18
7596	avec reconstruction cranio-orbitaire dans la même séance, supplément	196,00	
----	Trépanation simple.	(Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
7597	unilatérale	589,00	15
7598	bilatérale	883,00	18
Liquide céphalo-rachidien			
<i>Dérivation interne :</i>			
7612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventri- culo-pleurale ou lombo-péritonéale.	540,00	15
7613	Dérivation ventriculaire double en y	687,00	15
<i>Révision d'une dérivation :</i>			
7614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	343,00	12
7616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	736,00	15
7617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	343,00	10
<i>Ventriculostomie du III^e ventricule pour hydrocéphalie :</i>			
7618	par craniotomie	687,00	15
7619	par stéréotaxie	687,00	18
7620	par endoscopie	687,00	18
+ 7003	avec biopsie tumorale, supplément	180,00	

S - SYSTÈME NERVEUX
Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Autres procédures :</i>			
7621	Torkildsen	540,00	15
7622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	245,00	8
7623	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
	unilatérale	491,00	12
7624	bilatérale	589,00	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
7625	supratentorielle	491,00	12
7626	infratentorielle	540,00	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
7627	supratentorielle	491,00	15
7628	infratentorielle	540,00	15
<i>Malformation congénitale cranio-encéphalique</i>			
Crâne :			
	Craniosténose :		
7629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	589,00	15
7630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	883,00	18
7631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 275,00	18
7632	NOTE : Si le neurochirurgien fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
7633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple . . .	687,00	15
Méninges & Encéphale :			
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
7634	supratentorielle	687,00	18
7635	infratentorielle	785,00	18
7636	base du crâne	871,00	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
7637	supratentorielle	785,00	18
7638	infratentorielle	883,00	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
7639	par trou de trépan seulement	245,00	12
7640	par craniotomie	540,00	15
7641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 275,00	18
<i>Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :</i>			
+ 7642	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)	245,00	8

Spécialistes
S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
+	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre:		
+ 7652	corticale & sous-corticale	1 324,00	18
+ 7653	thalamique des noyaux gris centraux	1 472,00	18
+ 7654	si plus de 3 cm, supplément	196,00	
+	Installation du cadre plus		
7615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	147,00	
7643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	687,00	15
7644	chirurgie stéréotaxique pour mouvements anormaux, spasticité ou rigidité, douleur, épilepsie ou installation d'électrodes permanentes (comprend le mapping et la lésion ou doit faire interruption stéréotaxique de faisceaux) incluant la technique de localisation	1 275,00	18
7645	si lésion bilatérale, supplément	343,00	
	exploration stéréotaxique d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation:		
7646	unilatérale	883,00	18
7647	bilatérale	1 177,00	18
	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation :		
7648	externe	589,00	12
7649	interstitielle	883,00	18
7650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	883,00	18
7651	implantation stéréotaxique de tissu vivant incluant la technique de localisation	693,00	18
	Neurochirurgie de l'épilepsie		
7655	Exérèse corticale focale	883,00	18
7656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 275,00	18
7657	Lobectomie	1 177,00	18
	Callosotomie		
7658	partielle	1 079,00	18
7659	totale	1 472,00	18
7660	Hémisphérectomie	1 962,00	18
	Insertion d'électrodes		
+ 7661	épidurales	245,00	6
7662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément.	98,00	
7663	au trou ovale	245,00	6
+ 7664	sous-durales par craniotomie	800,00	12
7665	Transection sous-piale	981,00	18
7700	Utilisation per-opératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	164,00	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux services médicaux codés 7655, 7656, 7657, 7658, 7659 et 7665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		
+ 7004	Mise en place d'un stimulateur du nerf vague	650,00	12

		R = 1	R = 2
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS			
	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
7667	avec greffe	981,00	18
7668	sans greffe	883,00	18
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
7669	avec greffe	290,00	
7670	sans greffe	196,00	
	extracrânien :		
7671	avec greffe	774,00	15
7672	sans greffe	677,00	15
7673	Section du XI dans le cou	196,00	8
+ 7674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser	491,00	12
7675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 079,00	18
Chirurgie du nerf facial			
	Décompression :		
7600	portions mastoïdienne et tympanique	464,00	8
7601	incluant le ganglion géniculé, supplément	215,00	
7602	par fosse moyenne	774,00	18
7603	totale	1 183,00	18
7604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	215,00	
7605	anastomose, supplément	108,00	
7606	greffe incluant prise de greffon, supplément	269,00	
	Réparation :		
7607	anastomose XII - VII	774,00	18
7608	avec greffe incluant prise de greffon	935,00	18
Divers			
	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
+ 7677	sous-temporale	392,00	15
+ 7678	sous-occipitale	491,00	15
	Cranioplastie :		
7679	acrylique ou métal ou repose du volet	589,00	12
7680	avec reconstruction osseuse autogène	900,00	18
7681	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	18
AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.			
+ 7682	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	785,00	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
7698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	981,00	18
7699	si faite par voie endonasale	430,00	15
+ 7683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	294,00	10

		R = 1	R = 2
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL			
Tumorale			
7684	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
7685	par voie postérieure	736,00	15
	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement.	981,00	18
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
7686	un à quatre métamères	1 177,00	18
7687	plus de quatre métamères	1 962,00	18
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
7688	un à quatre métamères	1 472,00	18
7689	plus de quatre métamères	2 453,00	18
7690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	883,00	18
7691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 962,00	18
7692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	1 962,00	18
Dégénérative et traumatique			
7666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	800,00	15
+ 7701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement.	589,00	15
	NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un chirurgien d'une autre discipline.		
Lésions vasculaires			
+ 7693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	736,00	15
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
7694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 472,00	18
7695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 453,00	18
7696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 472,00	18
7697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	736,00	15

S - SYSTÈME NERVEUX**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	Lésions infectieuses		
+ 7713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	736,00	15
7714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 177,00	15
7716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe.	981,00	15
7717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire.	1 472,00	18
+	Malformations congénitales du rachis & moelle épinière		
	<i>Rachis :</i>		
+	Résection de l'odontoïde par approche transorale pour décompression du tronc cérébral et de la moelle cervicale incluant la trachéotomie	1 324,00	18
7718	temps du neurochirurgien	430,00	
7719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	98,10	
7720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément.	430,00	
+ 7721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste.	392,00	10
7722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)		
	<i>Méninges :</i>		
7723	Réparation de méningocèle cervicale : antérieure	1 177,00	18
7724	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
7725	antérieure	1 177,00	18
7726	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle sacrée :		
7727	antérieure	981,00	18
7728	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle intraspinal (kyste extradural)	736,00	15
7729	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne.	396,00	15
7740	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne.	638,00	15
7741			
	<i>Moelle épinière et queue de cheval :</i>		
7730	Réparation de myéломéningocèle	981,00	18
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
7731	un sac dural	785,00	15
7732	deux sacs durs	1 275,00	18
7733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément.	196,00	
	Traitement de moelle ancrée :		
7734	première intervention	736,00	15
7735	réintervention	990,00	18

Spécialistes
S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
7736	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire: par laminectomie et marsupialisation du kyste	883,00	18
7737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	883,00	18
7738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 079,00	18
+ 7005	avec myéloscopie, supplément	180,00	
7739	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) : intradural	194,00	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 :		
7751	une racine	687,00	15
7752	chaque racine additionnelle	49,10	
7753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	755,00	15
7754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	68,70	
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
7755	une racine	544,50	12
7756	chaque racine additionnelle	110,00	
7761	traitement chirurgical du torticollis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramisectomies unilatérales ou bilatérales	1 199,00	15
	Cordotomie ou myélotomie :		
7760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	785,00	15
7762	tractotomie trigéminal ouverte	785,00	15
7763	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale : cordotomie (incluant la stimulation)	392,00	10
	rhizotomie postérieure :		
7764	une ou deux racines	109,00	10
7765	trois racines ou plus	147,00	
7766	tractotomie trigéminal	392,00	15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
7767	implantation d'électrodes par laminectomie	491,00	12
7768	implantation d'électrodes percutanées	296,00	8
7769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	343,00	6
	implantation de cathéter :		
7770	percutané (PG-28)	270,00	6
7771	par laminectomie	491,00	12
7774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	49,10	6
7773	Révision du stimulateur ou de la pompe	294,00	6
7775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	50,00	

		R = 1	R = 2
NERFS PÉRIPHÉRIQUES			
7172	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
7189	nerf majeur (PG-28)	195,00	6
	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital)		
	(PG-28)	165,00	5
7790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	110,00	5
	Sympathectomie :		
7216	cervico-dorsale, unilatérale	341,00	10
7214	périoraortique	82,00	6
7219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	275,00	8
7220	lombaire : unilatérale	286,00	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
7207	unilatérale, supplément	58,00	
7208	bilatérale, supplément	84,00	
----	présacrée		
	(Voir Gynécologie utérus et col utérin)		
7791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site PG-28)	131,00	4
7792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	175,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
7793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	120,00	4
7333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse . . .	90,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
7334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	132,00	4
7130	Section du nerf obturateur, unilatérale	107,80	5
7131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	75,00	5
	Plexus brachial		
7468	dissection sous-claviculaire	500,00	12
7469	dissection sus-claviculaire	500,00	12
7787	dissection sus et sous-claviculaire	818,00	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
7788	chaque anastomose, supplément	200,00	3
7789	chaque greffe, supplément	300,00	3
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de .	1 700,00	
	NOTE : En anesthésie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire lorsque le code d'acte 7788 ou 7789 est facturé en rôle 1.

Spécialistes
S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
+ 7009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
	Plexus lombo-sacré		
+ 7010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
7472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	188,00	6
7473	Grefe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	600,00	12
7474	Grefe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	300,00	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
7797	nerf majeur (PG-28)	385,00	10
7798	nerf mineur (PG-28)	247,50	8
	Grefe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
7475	nerf majeur	300,00	8
7476	nerf mineur	200,00	6
7794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	300,00	12
7352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	115,50	5
7799	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (PG-28)	110,00	7
Divers			
+ 7011	Rhizotomie percutanée, toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	326,00	10
7796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	350,00	8

		R = 1	R = 2
SCLÉROTIQUE			
7048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	198,00	4
7226	Sclérectomie pour glaucome (incluant le laser Holmium).	264,00	5
7368	Greffe sclérale	395,00	6
7370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous- conjonctivale.	150,00	5
IRIS ET CORPS CILIAIRE			
7801	Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (*)	120,00	5
7802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (*)	133,00	5
7815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	74,00	5
7804	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	350,00	7
7814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra- oculaires (*).	200,00	6
7051	Sphinctérotomie (*)	200,00	4
7052	Synéchetomie irienne (coréolyse) (*)	200,00	5
7169	Excision lésion irienne	330,00	5
7170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	525,00	6
7137	Iridectomie périphérique ou complète (*)	200,00	5
7305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	119,00	4
7372	Iridodialyse (réparation)	285,00	5
7805	Iridencléisis	264,00	4
7811	Cyclodialyse (*)	264,00	4
7812	Cyclodiathermie ou cyclocryothermie	132,00	5
CRISTALLIN			
Cataracte, incluant les iridectomies :			
# 7261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal(**).	355,00	4
7244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	264,00	6
7262	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre extra-oculaire ou photocoagulation de sutu- res de fixation irienne ou les deux.	85,00	4
7263	manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel.	148,00	5
7264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	264,00	5
# 7227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé(**)	330,00	7
# <u>AVIS :</u>	(*) Voir la Règle d'application n° 3. (**) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 7227 ou 7261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire n° 1944 (Docu- ment complémentaire)		

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
7228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou sub-luxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	437,00	7
	Cataracte membraneuse :		
7055	discission (*)	198,00	4
7234	avec ciseaux	198,00	4
7002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	100,00	5
7006	réintervention au même oeil dans les 4 mois par le même chirurgien	74,00	5

CORPS VITRÉ

7238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	167,00	4
7309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	60,00	4
7325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie (*)	280,00	5
7335	réintervention au même oeil, dans les 4 mois, par le même chirurgien (*)	99,00	4
7336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	450,00	8
7337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épitréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	510,00	10
7022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	140,00	4
7339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	264,00	5

RÉTINE**Réparation**

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
7298	superficiel	132,00	4
7299	profond	192,00	5
7300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbonate ou autre)	300,00	4
	Injection intra-vitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure		
7292	première intervention	192,00	8
7293	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même chirurgien	100,00	8

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 3.

Spécialistes

U - APPAREIL AUDITIF

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon :		
	absence totale		
7412	1 ^{er} temps :		
	reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	650,00	12
7415	2 ^e temps :		
	reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	300,00	4
7417	3 ^e temps :		
	reconstruction du lobule.	215,00	4
	NOTE : Si le 2 ^e temps ou le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, supplément 100 \$ par temps.		
	<u>AVIS :</u> Si le 2 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 7431. Si le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 7432. Pour le code d'acte 7431 ou 7432, inscrire 100 \$ dans la case HONORAIRES.		
----	4 ^e temps :		
	greffe cutanée.	(Voir « greffes libres »)	
7427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	348,00	6
	OREILLE MOYENNE		
	<i>Incision</i>		
	Myringotomie :		
7077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale. .	50,50	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu.		
+ 7083	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	129,00	4
7078	Paracentèse unilatérale	32,30	4
7081	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)	129,00	5
7082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	194,00	5
7079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne.	258,00	6
	<i>Excision</i>		
7308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non)	inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé.	4

U - APPAREIL AUDITIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
7187	Polype de l'oreille moyenne	15,90	4
	Mastoidectomie :		
7256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	290,00	5
7259	radicale ou modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	430,00	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
7487	sans fraisage, ni modification du conduit	145,00	5
7488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	242,00	5
7489	avec moulage du mur du facial	290,00	4
7490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	387,00	5
7302	Nettoyage d'une cavité de mastoidectomie sous microscope (PG-28)	15,90	4
7257	Stapédectomie (PG-28)	349,00	7
7270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	376,00	7
7286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	215,00	4
	Réparation		
7430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tym- pan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	21,50	4
7449	Myringoplastie (a minima)	145,00	5
7450	Tympanoplastie (PG-28)	269,00	6
7451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	366,00	7
7452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, sup- plément	53,80	
	Masto-tympanoplastie		
7491	sans reconstruction ossiculaire (PG-28)	430,00	6
7437	avec conservation du canal osseux externe (incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (PG-28)	516,00	6
7435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, sup- plément	53,80	
7436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	645,00	10
7438	Oblitération de cavité mastoïde	355,00	6
7439	Fénelation du canal semi-circulaire externe	330,00	6
7442	Fermeture de fistule de la mastoïde	194,00	5
7453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	350,00	7
7494	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	360,00	6
7495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les servi- ces médicaux rendus par le chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	1 075,00	18

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

L
R = 7 C
R = 1

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 3.2.5 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

TÊTE ET COU

	Crâne		
8010	3 incidences ou moins	24,28	9,16
8013	4 incidences ou plus	30,24	11,38
	Selle turcique		
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	21,10	5,30
	Massif facial		
8123	3 incidences ou moins	18,53	6,91
8124	4 incidences ou plus	23,17	7,24
	Nez		
8031	minimum de 2 incidences	12,12	4,46
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
8023	minimum de 3 incidences	18,53	7,15
	Articulations temporo-maxillaires		
8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	18,53	7,15
	Sinus		
8125	3 incidences ou moins	17,64	6,71
8126	4 incidences ou plus	21,12	6,91
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant		
8076	minimum de 6 incidences	23,28	9,91
	Conduit auditif interne		
8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	21,10	7,15

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	Oeil		
8030	recherche de corps étrangers	12,08	6,32
8028	recherche et localisation de corps étrangers	25,99	22,59
8011	Trous optiques	14,10	6,32
8038	Région des glandes salivaires	13,16	5,49
	Tissus mous du cou		
8037	minimum de 2 incidences	11,39	5,49
8036	Étude panoramique des maxillaires	14,40	5,49
	Dents		
8034	1-2 régions dentaires	5,20	1,20
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.		
	Céphalométrie		
8077	avec mesure des angles	16,87	22,67
	COLONNE ET BASSIN		
	Colonne cervicale		
8127	3 incidences ou moins	21,12	5,92
8128	4 incidences ou plus	27,12	7,77
8042	Colonne dorsale (*)	20,18	6,07
8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (*)	23,61	6,11
8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	29,70	6,83
	<u>AVIS :</u> Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 8243, 8245, 8246 ou 8247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.		
	Colonne entière (série scoliotique)		
8053	minimum de 4 incidences	45,35	15,00
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	19,44	5,04
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	25,24	7,93
8058	Articulations sacro-iliaques	17,64	7,73
	Bassin		
8054	1 incidence (*)	12,12	5,16
8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	22,52	7,10
8055	3 incidences ou plus (ex.: bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	25,92	7,85
	NOTE: Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 14.

		L R = 7	C R = 1
8199	radiographie d'une pièce biopsique	20,85	4,25
AVIS : Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire .			
Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est mis en place			
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 un «A» dans la case C.S.			
- préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
- inscrire le code de l'établissement où la technique a été effectuée dans la case prévue à cet effet.			
NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».			
	diagnostique sans examen clinique		
8048	unilatérale	22,76	6,50
8049	bilatérale	34,30	13,00
	diagnostique avec examen clinique fait par le radiologue et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8070	unilatérale	22,76	15,26
8071	bilatérale	34,30	20,26
+	clichés supplémentaires		
+ 8072	unilatéral	20,85	6,50
+ 8073	bilatéral	34,30	13,00
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 : 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).			

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
8078	unilatérale (*).....	22,76	6,50
8079	bilatérale (*).....	34,30	13,00
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente 107).....	7,50	
	clichés supplémentaires		
8103	unilatéral (*).....	20,85	6,50
8104	bilatéral (*).....	34,30	13,00
8105	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément (*).....		11,76
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique 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 : 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		
8134	unilatérale (*).....	22,76	6,50
8135	bilatérale (*).....	34,30	13,00

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste qui en fait la demande une copie des manuels et brochures qui le concernent ainsi qu'une imprimante si son mode de facturation l'exige.

9.1.1 COMMANDE

Le médecin peut obtenir des copies supplémentaires ou des copies d'autres manuels moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

9.1.2 MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et brochures de la Régie sont maintenant disponibles sur le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et même imprimer les pages désirées. Référez également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DISPONIBLES *

	Numéro
Manuel des médecins spécialistes	150
Brochure n° 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, Protocoles d'accord et Décrets	154
Brochure n° 2 - Médecins spécialistes -Salariat, Honoraires forfaitaires et Vacation	155
Brochure n° 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	156
Brochure n° 4 - Médecins spécialistes - Mesures particulières	157
Brochure n° 5- Médecins spécialistes - Rémunération mixte	158
Services de laboratoire en établissement (S.L.E.)	170
Liste de médicaments	440
(sur demande seulement pour les spécialistes suivantes : - hygiène publique - radiologie diagnostique - santé communautaire - anatomo-pathologie - anesthésie - biochimie)	
Manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique . . .	280
Liste des appareils suppléant à une déficience physique	470
Manuel du programme d'aides pour les handicapés visuels	300
Manuel du programme d'aides auditives	290
Manuel de facturation informatisée destiné aux développeurs de logiciels . .	330

** Cette liste n'est pas exhaustive*

9.2 FORMULAIRES

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste qui en fait la demande une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

9.2.1 DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (*Formulaires n° 1200 et n° 1063*)

Le médecin qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence du 1^{er} avril au 31 mars.

Toute demande au delà de cette limite sera tarifée à 34,32 \$ le mille, taxes incluses. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte.

Seules les commandes formulées par le médecin lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à cette date. Sur la première ligne de l'étiquette, à droite, on peut lire :

Qxxxxxx Cxxxxxx

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

9.2.3 COMMANDE

Pour commander des formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

9.2.4 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure sur le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et même les imprimer. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

9.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Mandat des professionnels de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de leurs honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement	3005
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Déclaration d'assurance hospitalisation - Demande de paiement	3716
# Demande d'autorisation de paiement (médicament d'exception ou programme patient d'exception).	3633

	Numéro
Demande d'autorisation pour des services de laboratoire au Canada et hors du Canada	3775
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (<i>Voir Brochure no 2</i>)	1216
Demande de paiement - Médecin (<i>Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3</i>)	1200
Demande de paiement - Vacation (<i>Voir Brochure n° 2</i>)	1215
Demande de remboursement à la personne assurée (<i>Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3.4</i>)	1800
Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation du Québec - en continu (<i>Voir manuel « Services de laboratoire en établissement »</i>)	1606
Demande de paiement - Rémunération mixte (<i>Voir Brochure n° 5</i>)	3743
Demande de remboursement des frais de déplacement (<i>Voir Brochure n° 2</i>) (<i>Voir onglet Frais de déplacement et de séjour</i>)	1988
Demande de remboursement des mesures incitatives (<i>Voir Brochure n° 3</i>) - Enveloppes pour demande de remboursement	3336 3550
Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle (<i>Voir page 6 de la présente section</i>)	2904
Demande de révision ou d'explication.	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (<i>Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3.2.4.1</i>)	1944
Feuille d'activité - Bénéficiaire (<i>Salariat, vacation ou Honoraires forfaitaires Brochure n° 2</i>)	3402
Réclamation - hors province.	2688
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION INFORMATISÉE	
Demande d'accréditation - facturation informatisée	2404
Description du système de facturation informatisée	2102
Mandat - Agence de traitement de données.	2788
Renseignements à fournir pour la facturation informatisée	2746

9. MANUELS ET FORMULAIRES**Spécialistes**

	Numéro
AUTRES FORMULAIRES	
# Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Avis de remplacement - Médecins spécialistes	3121
Commande de formulaires	1491
Invitation du directeur régional de la santé publique	3234
# Demande de prestations - Assurance invalidité	3912
# Demande initiale - Invalidité	3913
# Rapport d'évolution - Invalidité	3914

[illegible]

Le médecin spécialiste utilise ce formulaire pour demander le remboursement d'une quote-part de son assurance responsabilité lorsqu'il adhère pour la première fois à l'ACPM. Par la suite, la Régie utilisera les données d'assurance reçues de l'ACPM par télécommunication pour rembourser le médecin. (Voir l'Annexe 9 de l'Accord-cadre dans la Brochure n° 1)

- Instructions de facturation**Section « Contrat d'assurance »**

- Inscrire dans les cases prévues à cette fin, le numéro du contrat d'assurance de même que le nom de la compagnie qui assure le professionnel. Inscrire les dates de début et de fin de la période assurée figurant sur le contrat.
- Case MONTANT TOTAL DE LA PRIME : le montant à inscrire dans cette case est le total de la prime d'assurance (excluant la taxe provinciale et les frais d'administration). Il ne s'agit pas du montant que le professionnel croit obtenir en remboursement. La Régie fera le calcul de la quote-part remboursable.

Section « Détail sur la prime payée »

Cette section ne doit être complétée que pour les médecins assurés auprès de l'Association canadienne pour la protection médicale (ACPM). À noter que le code et le nom de l'activité à l'ACPM se réfèrent au genre de travail qui apparaît sur la facturation de l'ACPM.

Ce formulaire doit être signé par le médecin.

- Renseignements généraux

Au moment de faire parvenir le formulaire « Demande de remboursement », il est **extrêmement important** d'y joindre une copie de l'accusé de réception (ACPM) ou de **tout document attestant que la prime a effectivement été acquittée au complet**. Il est à noter que ces documents ne seront pas retournés. S'assurer de la lisibilité des documents expédiés.

Si les renseignements fournis sont incomplets ou s'il manque des pièces justificatives, la Régie se verra dans l'obligation de retourner les documents et le professionnel devra alors présenter une nouvelle demande de remboursement.

Si le professionnel a droit à un remboursement, le montant remboursé paraîtra au sommaire de l'état de compte avec la mention « Remb.ass.resp. » lors d'un paiement régulier.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du formulaire « Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle » (n° 2904), remplir le formulaire « Demande de formulaires » (n° 1491) ou communiquer avec la Régie par le système « INFO-PROF » (Voir page 2).

En aucun cas, la demande ne doit parvenir à la Régie dans le même envoi que les demandes de paiement régulières. Faire parvenir le formulaire dûment rempli, sous pli séparé, à l'adresse indiquée sur celui-ci.
