



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 65
MAI 2006

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 40 (suite) en vigueur le 1^{er} MAI 2006 et modifications administratives

ONGLET - FRAIS DE DÉPLACEMENT

- Ajout d'un établissement autorisé dans la région 05 (Estrie) pour les frais de déplacement.

Page : [4](#)

ONGLET - RÈGLES D'APPLICATION

- Modification au deuxième paragraphe de la Règle d'application no. 4 afin d'ajouter « l'exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) ».

Page : [3](#)

- Ajout d'un paragraphe à la Règle d'application no. 19 concernant un transfert de patient dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie.

Page : [8](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Ajout de « visites » à la Règle 24 (Visites, procédés et chirurgies...).

Page : [A-13](#)

ONGLETS B, C, E, F, G, M, P, S, T et V

- Modifications à la tarification de plusieurs codes d'actes, ajout de nouveaux actes et retrait de codes d'actes (abolis).

Pages : [B-75](#), [B-76](#), [B-78](#), [B-129](#), [C-11](#), [C-13](#), [C-14](#), [C-35](#), [C-37](#), [C-39](#), [C-55](#), [E-7](#), [E-8](#), [F-6](#), [F-7](#), [F-13](#), [G-20](#) à G-27, [G-47](#), [G-48](#), [M-6](#), [P-5](#), [P-8](#), [P-9](#), [S-9](#), [T-2](#), [T-5](#) et [V-12](#)

ONGLET E - CHIRURGIE

- Ajout d'un paragraphe à la Règle 10 concernant l'assistance opératoire en ophtalmologie.

Page : [E-6](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

ONGLET - INTRODUCTION

- Modifications à la section « Signification des références au bas de la page ».

Page : [2](#)

ONGLET - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- « Régies régionales » changé pour « Agences de la Santé et des Services sociaux ».

Page : [53](#)

ONGLET - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout de nouveaux messages explicatifs.

Pages : [6](#), [13](#), [24](#) et [34](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modifications au Tableau des dates fixées par la Régie...fêtes légales.

Page : [A-25](#)

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 010 / 2006-05-02.*

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 

INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les médecins spécialistes sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard, il contient notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins rémunérés à l'acte ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Le manuel est conçu de façon à favoriser son utilisation; il comporte une table des matières et des sections identifiées par des onglets. Pour faciliter la consultation, les dispositions tarifaires ont été placées après le guide de rédaction de la demande de paiement. Elles comportent les préambules, la nomenclature des actes et leur tarif, ainsi que **des renseignements d'ordre administratif** précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se reporter aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

L'Accord-cadre intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ainsi que les lettres d'entente et décrets sont publiés dans la **Brochure n° 1** disponible pour les détenteurs du présent manuel.

Outre ces manuels, différentes informations spécifiques pour les médecins rémunérés selon le mode du salariat, les modes des honoraires forfaitaires ou de la vacation, le mode de la rémunération mixte, pour la rémunération différente (mesures incitatives) ou pour les services de laboratoire en établissement, sont publiées à part. La liste des publications disponibles pour les médecins concernés est présentée sous l'onglet « Manuels et formulaires ».

Les médecins et leur personnel sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Lorsqu'un texte du manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la **signification des références au verso de la présente page***).

La Régie remet à chaque médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation.

Enfin, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels où des préposés aux renseignements les informent sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives liées au régime d'assurance maladie.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

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

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique Internet :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- à Québec : 418 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

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

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251
- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'information aux professionnels
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

#

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / YYYY 20ZZ / 99
--

- MAJ** = mise à jour.
- XX** = numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.
- YYYY 20ZZ** = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
- 99** = ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout d'un « **AVIS** », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, nouvelle pagination, etc.);
 - le **00** signifie qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret ou règlement;
 - autre: ex. **40** indique que des modifications ont été apportées en fonction de la **Modification n° 40** relative à l'Accord-cadre.
 - Si, sur une même page, les changements proviennent à la fois d'un document officiel et d'une directive administrative, le **numéro de la Modification (ex: 40)** est prioritaire. Ensuite, s'il y a en même temps des modifications provenant d'autre document officiel et de directive administrative, le **00** est utilisé.

Remarque : Conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour s'y reporter ultérieurement.

2.2 S'ajoute une indemnité de 71 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

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

a) Transport aérien ou ferroviaire

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

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

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante

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

et les distances sont établies suivant la publication « Distances routières » du « ministère des Transports du Gouvernement du Québec ».

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

On lui accorde alors une indemnité de 71 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

**ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX**

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

1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)**Région 01**

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

Région 02

- Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
- Complexe hospitalier de la Sagamie : Pavillon Roland Saucier
- Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03

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

Région 04

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

+ Région 05

- CSSS du Granit - Point de service de Lac-Mégantic

Région 07

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

Région 08

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

Région 09

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

Région 11

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

Région 12

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

Région 14

- Centre hospitalier régional DeLanaudière

Région 15

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

1.2 Instructions de facturation des frais de déplacement

Rémunération à l'acte	
1.2.1 Dispositions générales	Directives
Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en territoire non désigné : • Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,72 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de sortie de la municipalité jusqu'au centre hospitalier. • Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport. • Sauf dans les cas autorisés par le Ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.	Utiliser le formulaire « Demande de paiement » (n° 1200). • Remplir le formulaire de la façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.). • Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur une « Demande de paiement » identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins dans un centre hospitalier visé. • Indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en kilomètres dans un sens seulement. • Toujours préciser votre localité de départ dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ. N. B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel. • Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. • Inscrire le code du centre hospitalier visité dans la case ÉTABLISSEMENT. IMPORTANT : Ne pas utiliser le formulaire « Demande de remboursement de frais de déplacement » (n° 1988).

Spécialistes**3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**

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

* *Exceptions à la codification du numéro*

- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne de 18 à 64 ans inclusivement. (Réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 129** Vous devez inscrire la lettre « J » dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger, soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 134** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, au même site, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 135** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 136** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi-tarif. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 137** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi tarif.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 144** En vertu des lettres d'entente 102 et 112, vous ne pouvez facturer ce montant forfaitaire puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 9810 « Comparution à la cour ».
- 149** Le code d'acte demandé ne peut vous être payé car les services rémunérables en regard d'une ordonnance de traitement sont ceux de votre entente générale.
- 150** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151** En raison de la règle 7.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152** En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 153** En raison de la règle 10.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154** En raison de la règle 11.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 155** En raison de la règle 13.2 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 157** En raison de la Règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 158** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 159** En raison de la Règle d'application n° 13, celui qui pratique une mammographie n'a pas droit au paiement d'honoraires d'une visite. Si, par la suite, il revoit le patient pour un simple examen clinique, on lui accorde le tarif de la visite de contrôle.
- 160** Selon la note ou la remarque qui l'accompagne, ce service n'est pas payable.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 163** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 24.
- 169** Le code d'acte réclamé ne peut vous être payé puisqu'il ne rencontre pas les critères de durée prévus à son libellé.
- 170** En raison de la règle d'application n° 19, le paiement de l'acte n'est pas soumis à l'application du modificateur 072.
- # **173** En raison de la règle 9.1 du Préambule général, cet acte est inclus dans le tarif du service associé pour le médecin classé en médecine interne.
- 199** Honoraires modifiés ou refusés conformément à la Lettre d'entente A-53.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-participant, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence (réf. : article 36 de la Loi sur l'assurance maladie, article 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer pour des services rendus au Québec.
- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Notre service d'assistance aux professionnels peut vous fournir des informations à ce sujet.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous n'êtes pas détenteur d'un certificat en électroencéphalographie et si vous n'êtes pas qualifié également en neurochirurgie.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit au compte administratif (groupe) dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) est illisible.

- 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, 25 ou 27 du Préambule général, le modificateur 070, 142 ou 167 est non applicable puisque cet acte n'a pas été fait seul. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 360** Le code d'acte n'est pas inscrit. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 361** L'acte effectué doit être facturé en utilisant le code 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.
- 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.

- 635** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).
- 636** Conformément à la Lettre d'entente 60 (Brochure n° 1), cet acte est compris dans l'honoraire global de l'acte indiqué en référence.
- 637** Conformément à la règle 2.8 de l'Addendum 4 (Chirurgie), nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.
- 638** Selon la Lettre d'entente A-14 (Brochure n° 1), il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Réf. : article 3.1 de l'Addendum 6 - hématologie, Annexe 5, Tarif de la médecine de laboratoire).
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'avis relatif à l'acte facturé.
- 641** Selon la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), le code 9893 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel).
- 642** Facturation inadéquate de l'acte 9278. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 27 (Brochure n° 1).
- 643** Facturation inadéquate du code de forfait réclamé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1).
- 644** Facturation inadéquate de l'acte 9280. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 28 (Brochure n° 1).
- 645** Facturation inadéquate du code d'acte d'intervention de suivi. Veuillez vous référer à la règle 3 de l'Addendum 3 (psychiatrie).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 (Brochure n° 5).
- 647** Les unités de durée ne sont pas payables pour cet acte.
- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 649** Conformément à l'article 7 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept (7) quantités (dates) par ligne peut être inscrit dans la section visites.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 654** Ajustement d'intérêt.

- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Facturation inadéquate de l'un des actes de « supplément de garde ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation suivant l'Annexe 25 (Brochure n° 1).
- 658** Facturation inadéquate de l'acte 9130 ou 9140. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 10 (Brochure n° 1).
- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes:
- La lettre « S » dans la case C.S. et la date de l'événement ou de l'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case C.S.
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case NOMBRE ne correspond pas aux quantités (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir la section 3.2.8 Visites, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 667** Le code d'acte utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant le remplacement d'un médecin effectué en vertu de l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 669** Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs à 1 000\$ par ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 673** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 32.
- 674** Conformément au maximum prévu à la règle 2 ou à la règle 6 (règle 5 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
- 675** Conformément à l'article 6 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins présidant des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 676** Conformément aux explications paraissant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- # **677** Tel que mentionné à l'AVIS sous l'acte, veuillez inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMERO D'ASSURANCE MALADIE.

- 842** En psychiatrie, seules sont payées les assignations pour une garde dans un centre hospitalier situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec (réf. : Annexe 25, 26 ou 33 dans la Brochure n° 1).
- 843** Conformément à la Lettre d'entente 95 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 844** Conformément à la Lettre d'entente 96 ou 123 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 845** Les services réclamés par un 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 doivent être dispensés dans l'établissement visé à l'avis de désignation présent dans nos fichiers à la date de service.
- 846** Conformément à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : Annexe 38 - Brochure n° 5).
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 858** Conformément à la Lettre d'entente 122 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 859** Conformément à la Lettre d'entente 102 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 861** Conformément à la Lettre d'entente 112 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 862** Conformément à la règle 27 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 870** Conformément à l'article 8.6 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture le montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut demander le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 871** Conformément à l'article 11.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h.
- 872** Conformément à l'article 12.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2 de cette même annexe.
- 873** Conformément à l'article 14.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 874** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste en anesthésiologie qui facture un supplément d'honoraires de 70 %, entre 7 h et 17 h, dans un des centres de douleur chronique ne peut demander le paiement d'un autre supplément d'honoraires au cours de cette période de 7 h à 17 h.

- 875** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), en Obstétrique-Gynécologie, ces actes ne sont pas payables entre 7 h et 17 h une journée où le médecin exerce en cabinet privé et doit se rendre d'urgence à l'établissement.
- 883** Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), les honoraires de ce service ne sont pas payables.
- 884** Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), les honoraires de ce service ne sont pas payables *car facturés par un autre professionnel*.
- 885** Selon les annexes et les lettres d'entente régissant la garde en disponibilité, un seul supplément de garde est payable le même jour.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PRÉ-VALIDATION du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 908** Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- # 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *Pour l'acte 9943, seule la lettre «A» dans la case C.S. est exigée.*
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision ou d'explication doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.

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 et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) 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.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (8660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du cœur (8702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Limite des visites par patient, par jour, en cabinet et en clinique externe :

Un seul honoraire de visite est exigible, en cabinet, le même jour pour le même patient par un ou plusieurs médecins oto-rhino-laryngologistes.

Il en est de même en clinique externe où un seul honoraire de visite est exigible le même jour, pour le même patient, par un ou plusieurs oto-rhino-laryngologistes.

Cette règle ne s'applique pas à la consultation intra-disciplinaire.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 19

CARDIOLOGIE

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

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

AVIS : Utiliser le modificateur 072 pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque (Rôles 1 et 7).

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques fœtaux, l'échocardiographie fœtale de même qu'à l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne.

2. En cardiologie, 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.

Cette règle ne s'applique toutefois pas au suivi d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.

AVIS : Inscrire le modificateur 048 dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 0662) et « temps angioradiologique » (code 0631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires... avec coronarographie » (code 0224) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 0294).

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

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

4. En cardiologie, l'honoraire du service médical « Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne » (code 9208) ne peut être réclamé lorsque ce service médical est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 0176).

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % des tarifs de l'un ou l'autre des codes d'acte 8303 ou 8311 (rôles 1 et 7). Voir sous l'onglet « K - Ultrasonographie » du manuel des services de laboratoire en établissement.*

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

6. Le service médical « Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 0176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 0176.*

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.

7. Le service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé, ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort) » (code 8341) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 8341.*

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

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-11
Règle 18 - Visite à domicile	A-12
Règle 19 - Rapports médicaux	A-12
Règle 20 - Déclaration de décès.....	A-12
# Règle 21 - Classification	A-12
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-13
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-13
# Règle 24 - Visites, 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. Inscire 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.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

- + Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 125 \$, sont majorés à 125 \$, lorsque effectués auprès d'un patient sous anesthésie générale.
- + Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

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

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

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de 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.*

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

ARTICLE 14.5

#	FÊTE LÉGALE	2004 -2005	2005 - 2006	2006 - 2007
	<i>Fête nationale, Saint-Jean-Baptiste</i>	<i>24 juin 04</i>	<i>24 juin 05</i>	<i>23 juin 06</i>
	<i>Confédération, Fête du Canada</i>	<i>1^{er} juil. 04</i>	<i>1^{er} juil. 05</i>	<i>30 juin 06</i>
	<i>Fête du Travail</i>	<i>6 sept. 04</i>	<i>5 sept. 05</i>	<i>4 sept. 06</i>
	<i>Fête de l'Action de Grâces</i>	<i>11 oct. 04</i>	<i>10 oct. 05</i>	<i>9 oct. 06</i>
	<i>Fête de Noël</i>	<i>27 déc. 04</i>	<i>26 déc. 05</i>	<i>25 déc. 06</i>
	<i>Lendemain de Noël</i>	<i>28 déc. 04</i>	<i>27 déc. 05</i>	<i>26 déc. 06</i>
	<i>Jour de l'An</i>	<i>3 jan. 05</i>	<i>2 jan. 06</i>	<i>1^{er} jan. 07</i>
	<i>Lendemain du Jour de l'An</i>	<i>4 jan. 05</i>	<i>3 jan. 06</i>	<i>2 jan. 07</i>
	<i>Lundi de Pâques</i>	<i>28 mars 05</i>	<i>17 avril 06</i>	<i>9 avril 07</i>

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
+ 15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	40,20

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
+ 15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	38,00

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
+ 15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	29,85

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.

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 ».

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
<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.		
9202	Visite de contrôle	17,15
#15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	29,85

* 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.

	4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;	
	5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,	
	le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.	
9938	avis donné au vu du dossier	270,00
9939	avis donné après examen du travailleur	350,00
+ 9940	supplément pour la spécialité de la psychiatrie	200,00

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° le diagnostic;	
	2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;	
	3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;	
	4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;	
	5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,	
	le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.	
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
+ 9941	supplément pour la spécialité de la psychiatrie	200,00

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° le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;

2° ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et

3° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

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
------	--	-------

INDEX

Page

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	C-3
Allergie	C-3
Analyses de laboratoire	C-4
Angiologie	C-5
Aphérèse	C-7
Aspiration	C-7
Audiométrie	C-7
Biopsie	C-7
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-9
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-11
Cardiologie	C-13
# Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-15
Intervention cardiologiques	C-17
Electrophysiologie	C-19
Cathétérisme veineux	C-21
Diabétothérapie	C-22
Dialyse	C-23
Hémodialyse	C-23
Électroencéphalographie	C-24
Electromyographie	C-25
Épreuves de fonction respiratoire	C-29
Épreuves et études	C-29
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérés	C-30
Examens vestibulaires (bilatéral)	C-30
Gastro-entérologie	C-31
Hémofiltration	C-34
Injections	C-35
Insufflation gazeuse	C-36
# Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx	C-37
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-37
Neurochirurgie	C-38
Obstétrique-gynécologie	C-38
Ophtalmologie	C-39
Oxygénation extracorporelle	C-43
Pléthysmographie	C-44
Phoniatry	C-45
Photothérapie	C-45
Ponctions	C-45
Potentiels évoqués	C-47
Radiologie	C-48
Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne	C-48
Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse	C-49
Crânienne et spinale	C-49
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	C-49
Cathétérismes veineux	C-50
Embolectomie	C-51
Extraction de corps étrangers	C-51

INDEX**Spécialistes**

Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux	C-51
Perfusion artérielle médicamenteuse	C-51
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-51
Injection de substance de contraste	C-55
Radio-oncologie	C-56
Curiethérapie	C-57
Traitements de physiothérapie	C-61
Transplantation d'organes	C-61
Urologie	C-63

		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 ou par radiofréquence, les prestations ci-dessus sont majorées de 100% (MOD=052). Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte 0250, 0257, 0297 et 0722.			
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse 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, supplé- ment (PG-23).	150,00		
0724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
9400	avec autofluorescence, supplément.	100,00		1
9401	avec traitement photodynamique, supplé- ment.	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 diagnosti- que v.g. technique de Crystal, supplément .	50,00		1
9484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplé- ment.	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
+ 20015	dilatation de sténose bronchique ou tra- chéale par insufflation successive de balon- net à pression croissante, supplément. . . .	150,00		3
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		
	AVIS : - <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.			
	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	150,00		10
9352	Cure de sténose trachéale inflammatoire.	300,00		12
9353	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	350,00		12
0707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire.	269,00		6
0753	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
0800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	138,00		6
0801	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
0811	Interventions percutanées transtrachéales Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	100,00		
0812	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
CARDIOLOGIE				
	Études et épreuves cardiologiques			
	Électrocardiogramme :			
	au bureau :			
0340	interprétation		1,65	
0341	technique et interprétation.		4,20	
0342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)		4,20	
0344	à domicile 19,00			
0339	Épreuve d'effort sub-maximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)		43,00	
0309	Épreuve d'effort sub-maximal ou maximal (surveillance du malade, technique et inter- prétation des tracés y compris le tracé au repos)	32,00		
0329	Épreuve d'effort avec mesure de la consom- mation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 0309 le même jour chez le même patient).	63,00		
0350	Électrocardiogramme dynamique, (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation . . .	26,00	32,00	
	NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monito- ring central.			
0351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position cou- chée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en prati- quant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	52,00		
+	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardio- graphique avec programmation d'un stimu- lateur cardiaque unifocal, le cas échéant (maximum deux par année pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité corona- rienne ou à la salle d'urgence)			
0685	bénéficiaire de 2 ans ou plus.	11,00	11,00	
0690	bénéficiaire de moins de 2 ans	16,00	16,00	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal, le cas échéant (maximum deux par année pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
0693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	56,00	56,00	
0705	bénéficiaire de moins de 2 ans	83,00	83,00	
0313	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	56,00		5
0843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	63,00		
0704	Épreuve au dipyridamole par voie intra-veineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal si effectué le même jour	63,00		
0780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne incluant la visite. 4,20\$ par heure, par patient, maximum 15 patients			
<u>AVIS :</u> - Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées au cours de cette session. - Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». - Inscrire l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.				
0125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non-invasive, par période de 24 heures, interprétation	8,00	8,00	
	NOTE : Ne peut être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

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

Les services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, sont rémunérés à 125% du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un bénéficiaire de moins de 2 ans.

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte 0300 et 0310, inscrire dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** ou sur un « Document complémentaire », les codes d'acte se rapportant aux études hémodynamiques effectuées.

- Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, facturer les codes d'acte pour chaque étude effectuée. Selon les services demandés, le modificateur 050 ou 060 s'applique pour le calcul du maximum payable.

Les interventions cardiologiques et électrophysiologiques de 4 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS : Inscrire l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques et électrophysiologiques dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** lorsque le ou les codes d'acte 9410 et 9434 sont réclamés.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
9410	pour une période de 4 heures, supplément . .	32,00		
9434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	32,00		
	<u>AVIS :</u> Indiquer le nombre de quarts d'heure réclamés dans la case UNITES.			
9435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 50,00 \$ par jour			
0300	Un maximum de 315,00 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, faits durant la même séance pour un bénéfi- ciaire âgé de 2 ans ou plus. NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.			
0310	Les actes hémodynamiques effectués chez un bénéficiaire en bas de 2 ans sont rémunérés à 125% du tarif prévu jusqu'à un maximum de 394,00 \$. NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.			
0617	Cathétérisme aortique PG-23	55,00		4
0639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pul- monaire PG-23	103,00		4
0648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde PG-23	103,00		4
9492	voie d'approche transseptale, supplément .	105,00		1
9493	voie d'approche transventriculaire, supplé- ment	100,00		1
0530	Cathéter électrode de stimulation intracardia- que temporaire A8-1, PG-23	80,00		4
0535	Épreuve d'entraînement sélectif du cœur (incluant l'électrocardiogramme endocavi- taire) PG-23	47,00		
0540	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément PG-23	26,00		
0545	Électrocardiogramme endocavitaire PG-23 . .	24,00		
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes veino-artérielle et/ou artério-veineuse, sup- plément PG-23	24,00		
0550	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le cœur droit, sup- plément PG-23	25,00		
0560				
0565	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes PG-23	26,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) PG-23	61,00		
0575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple PG-23	131,00		5
0301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	39,00		4
0307	Cathétérisme de l'artère ombilicale. mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	84,00		4
Interventions cardiologiques				
L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.				
0631	temps angioradiologique (*)	184,00		
0632	temps angioplastique	394,00		8
0662	temps angioradiologique et angioplastique (*)	499,00		8
9302	dilatation de chacune des artères additionnelles	110,00		
9303	par brachythérapie, athérectomie ou par utilisation de tuteurs intravasculaires ou les trois, une ou plusieurs brachythérapies, une ou plusieurs athérectomies, un ou plusieurs tuteurs, supplément	131,00		
0114	revascularisation transmyocardique au laser par voie transluminale percutanée : comprend l'insertion des cathéters, la création de micro-canaux intramyocardiques guidée par fluoroscopie, la cartographie cardiaque et l'analyse des tracés myocardiques endocavitaires, la coronarographie, l'angiocardiographie sélective d'une cavité cardiaque et le cathétérisme cardiaque fait durant le même jour	499,00		8
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé le même jour avec les codes d'acte 0224, 0294, 0300, 0631, 0632 et 0662.				
9360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	499,00		8
9361	dilatation additionnelle, supplément	110,00		

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
9419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	525,00		12
0542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	158,00		10
0597	Ponction péricardique (PG-28)	37,00	37,00	4
9334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments)	110,00		5
9335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour . .	17,00		
0422	Ballon intra-aortique installation	158,00		10
0424	surveillance, par jour, par patient (PG-23) . . .	53,00		
0446	exérèse percutanée (PG-23)	53,00		10
0457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	150,00		10
0489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux lors de la même séance : une par séance (PG-28)	63,00	63,00	4
	Cathéter - électrode de stimulation intracardia- que permanent			
0251	bénéficiaire de 2 ans ou plus	126,00		5
0469	bénéficiaire de moins de 2 ans	189,00		4
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le car- diostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien			
0460	toute voie d'approche	555,00		8
0461	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	50,00		1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+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 permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	155,00	175,00	5
+0845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	5
+9332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	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
+20016	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	150,00		3
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

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
0522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	9,75	11,50	
0654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	15,00	15,00	
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 lombaire) A8-1	140,00		
0614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	177,00		6
0625	ventriculaire externe double (incluant trépanation 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 diagnostiques)			
0668	Trépanation simple	98,10		8
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE				
<u>AVIS :</u> 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
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
9467	ovaire	150,00		4
0354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	90,00		4
0817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	135,00		4
9329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	50,00	50,00	4
+ 20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire . .	30,00	30,00	4
+	NOTE : Maximum 4 par année, par patient			
0834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	115,50	115,50	4
0490	Insémination artificielle	24,00	30,00	
0861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique	88,00		

OPHTALMOLOGIE**Oeil :**

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

	Bétathérapie			
0531	(premier traitement) unilatérale	18,00		
0532	(traitements subséquents) unilatérale	12,00		
	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.			
0174	conjonctive	20,00	23,00	4
0206	orbite	70,00	70,00	4
0214	paupières ou sourcils	18,00	22,00	4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Champ visuel périphérique et/ou central avec enregistre- ment sur document permanent (une seule variable)			
	- Tangent et Goldman			
0513	interprétation seulement	10,00	10,00	
0514	technique et interprétation	10,00	12,60	
	périphérique et/ou central avec enregistre- ment sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques			
	- Tangent et Goldman			
	- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64			
	- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »			
	- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level			
	un oeil			
0612	interprétation seulement	12,00	12,00	
0613	technique et interprétation	12,00	14,70	
	deux yeux			
0623	interprétation seulement	18,00	18,00	
0624	technique et interprétation	18,00	23,10	
	statique, stratégie du seuil complet de tous les points (minimum 50 points)			
	- Octopus G-1, 38, 42, M1			
	- Humphrey « full threshold » 10-1, 10-2, 24-1, 24-2, 30-1, 30-2, Topcon : threshold test			
	un oeil			
0649	interprétation seulement	12,00	12,00	
0650	technique et interprétation	12,00	21,00	
	deux yeux			
0727	interprétation seulement	20,00	20,00	
0728	technique et interprétation	20,00	36,75	
	NOTE : Lors d'une même séance, un seul type de champ visuel (périphérique, central ou statique) peut être facturé à chaque oeil.			
	NOTE : Le médecin ne peut pas facturer pour l'interprétation d'un champ visuel déjà interprété par un autre médecin ou par un optométriste.			

		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
+0178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale .. insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse	100,00		4
9472	thoracique	120,00		5
0508	médiastinale	75,00		5
9473	abdominale	140,00		5
9474	pseudokyste pancréatique par voie transgastrique	100,00		
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		

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global (MOD=025); toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier (MOD=026).

AVIS : *Aux fins de facturation, le médecin qui réclame des frais post-opératoires doit facturer sous le même code d'acte que le chirurgien principal; inscrire dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT, le nom et le **numéro du professionnel** qui a pratiqué la chirurgie; inscrire la date de l'intervention et utiliser le MOD=025 ou MOD=026, selon la situation.*

RÈGLE 6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7. SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8. CHIRURGIES MULTIPLES

8.1 Sont payées demi-tarif (MOD=050) les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.*

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir l'Annexe II sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

8.3 Un seul honoraire de la section « Appareil vasculaire non thoracique » est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 086 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

RÈGLE 9. CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

+ RÈGLE 10. ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même acte, (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Cependant, le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

RÈGLE 11. FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

- + **11.1** Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie oncologique, de fracture cervico-faciale multiple complexe, de reconstruction cervico-faciale complexe ou de chirurgie oto-neurologique d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux..., voir le code d'acte 7251.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

AVIS : Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Voir les codes d'acte 1425 et 1426.

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 80 \$ de l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (20 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

- | | |
|---|---|
| # | 5987 assistance pour une durée anesthésique de 4 à 5 heures au total |
| # | 5988 assistance pour une durée anesthésique de 5 à 6 heures au total |
| | 5989 assistance pour une durée anesthésique de 6 à 8 heures au total |
| | 5990 assistance pour une durée anesthésique de 8 à 10 heures au total |
| | 5991 assistance pour une durée anesthésique de 10 à 12 heures au total |
| | 5992 assistance pour une durée anesthésique de plus de 12 heures |

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 ;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS ;
- les honoraires correspondant 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 et aucun modificateur n'est permis pour ces codes d'acte.

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 5994, 5995, 5996 et 5997.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

+			Forfait pour chirurgie oncologique complexe ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique. (Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)		
+5998		durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00		18
+5993		durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00		18
+5994		durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 505,00		18
+5995		durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 720,00		18
+5996		durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 150,00		18
+5997		durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 795,00		18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (Codes d'acte 1425-1426) par un médecin de la même discipline, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : Voir la Règle 11 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**RÈGLE 12.
FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
COMPLEXE OU POUR LES GRANDS TRAUMATISÉS**

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou chez les grands traumatisés, d'une durée anesthésiologique de six heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomose vasculaire ou nerveuse ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésiologique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : *Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 80 \$ de l'heure.*

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (20 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants sauf 5912 et 5913 pour lesquels les honoraires sont identifiés :

5908 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total
5909 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total
5910 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total
5911 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures
5912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 112,50 \$
5913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 87,50 \$

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 ;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS ;
- les honoraires correspondant 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.

CHIRURGIE PLASTIQUE

	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés	
5900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 400,00 18
5901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 600,00 18
5902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 000,00 18
5903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 600,00 18
5904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	450,00
5905	par microanastomose nerveuse (maximum 2) supplément	350,00

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - chirurgie.

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau
(biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.
Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.

1143	face, cou et organes génitaux	50,00	5
1144	autre région	25,00	4

Lipectomie fonctionnelle :

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 1010, 1012, 1021, 1210 et 1211 sont réclamés.*

1010	Excision du tablier graisseux abdominal.	400,00	7
	Autres régions		
1012	membre supérieur	195,00	4
1021	membre inférieur	350,00	4
	Liposuction d'un lambeau préalablement greffé :		
1210	sous anesthésie locale	60,00	
1211	sous anesthésie générale	90,00	5
	Onyctomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :		
1215	simple	24,00	4
1216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	119,00	4
	Sinus pilonidal (Kyste sacro-coccygien) :		
1217	excision simple	180,00	4
1220	excision et plastie	185,00	4
1221	marsupialisation	180,00	4

VERRUE

Excision chirurgicale :
non faciale :

1222	première	8,25	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune	2,00	
	maximum 15 verrues additionnelles		

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITES.*

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
1223	faciale : première. additionnelle (lors de la même séance), chacune . . . maximum 9 verrues additionnelles	12,50 3,00	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
1225	plantaire : première. additionnelle (lors de la même séance), chacune . . . maximum de 10 verrues additionnelles par séance	16,50 4,60	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
1227	en mosaïque (excision totale) par séance	50,00	5
1224	excision totale et plastie	102,00	5

NOTES : **1.** Si fait au Laser, le tarif est majoré de 100%. (MOD=056)
2. Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

Cautérisation

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la Section procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

- +
- NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :
- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
 - l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;
 - la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
+	NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit : - d'un cancer récidivant ou - d'une tumeur de plus de 1 cm, ou - d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière ou une narine si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou - d'un cancer morpheïforme ou infiltrant		
+ 1302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00	
+ 1303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.		
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) par cm additionnel (*) valeur maximum	19,50 9,00 200,00	4
	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) par cm additionnel (*) valeur maximum	12,50 3,50 105,00	4
	Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)		
1316	1 ^{er} centimètre par centimètre additionnel	53,80 9,70	4
	<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.		

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
1317	au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément 1 ^{er} centimètre par centimètre additionnel (*)	16,10 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.			
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) par 2,5 cm additionnels. maximum payable pour l'ensemble des plaies	53,80 32,30 538,30	5
<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) valeur maximum	3,40 61,00	4
<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.			

		R = 1	R = 2
SEINS			
<i>Incision</i>			
1011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes. . . .	90,00	5
<i>Excision</i>			
1201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein	130,15	5
1202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique.	170,00	5
+ 1205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne	190,00	5
1228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne.	420,00	5
+ 1230	Mastectomie simple ou totale	350,00	5
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
1233	unilatérale	230,00	5
1234	bilatérale	345,00	5
NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.			
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 1233 ou 1234 est facturé.</i>			
1231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	480,00	6
1232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	576,00	8
1176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (PG-28)	120,00	4
NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique.			
1235	Excision du mamelon.	52,00	4

R = 1

R = 2

Réparation

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 1386, 1388, 1401, 1402, 1407, 1410, 1419 et 1465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 1434 et 1435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*

Lorsque le code 1435 est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 1386, 1388, 1401, 1402, 1403, 1407, 1410, 1419, 1434, 1463, 1464, 1465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

1401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale . . .	280,00	6
1402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant).	1 045,00	10
	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal sans implant	850,00	10
1407	avec implant	950,00	10
1410	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
1403	avec greffe de mamelon, supplément	192,50	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole par greffe (PG-28)	210,00	4
1386	par tatouage (PG-28)	210,00	4
1388	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	105,00	
1329			

AVIS : *Toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 1386 et 1388. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

#

INDEX

Page

ADDENDUM 5 - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	G-2
Crâne et face	G-5
Squelette axial.....	G-7
Colonne vertébrale	G-7
Thorax	G-13
Bassin.....	G-13
Extrémités - membres supérieurs.....	G-15
Épaule	G-15
Bras (Humérus).....	G-18
Coude.....	G-20
Avant-bras.....	G-21
Main et poignet	G-23
Extrémités - membres inférieurs.....	G-28
Hanche.....	G-28
Cuisse	G-30
Fémur	G-30
Genou.....	G-33
Tibia et péroné	G-36
Cheville.....	G-38
Pied	G-40
Bourse séreuse	G-45
Muscles.....	G-45
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments.....	G-46
Divers	G-48

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE****DÉFINITIONS**

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intramédullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

RÈGLE 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS : Voir les codes d'acte 15131 ou 15132 à l'onglet B « arification des visites » à la spécialité de chirurgie orthopédique.

RÈGLE 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. (MOD=027)

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

RÈGLE 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs. (MOD=010)

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur. (MOD=050)

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, on accorde le plein tarif pour la réduction principale et le demi-tarif pour l'autre. (MOD=049)

		R = 1	R = 2
	<i>Fasciotomie</i>		
2011	au bras	199,00	5
	<i>Fractures</i>		
	col chirurgical sans luxation de la tête		
2605	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
2568	réduction fermée et fixation percutanée	280,50	6
2630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	463,00	6
	col chirurgical avec luxation de la tête		
2606	réduction fermée (PG-28)	155,00	5
2598	réduction fermée et fixation percutanée	341,00	6
2631	réduction ouverte	530,00	6
2655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	636,00	8
	trochin-trochiter		
2632	réduction ouverte	331,00	6
	diaphyse		
2608	réduction fermée (PG-28)	155,00	5
2633	réduction ouverte	530,00	6
2911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément	84,70	
	sus ou transcondylienne		
2609	réduction fermée (PG-28)	199,00	5
2640	réduction fermée et fixation percutanée	265,00	5
2634	réduction ouverte	530,00	6
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
2610	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
2912	réduction fermée et fixation percutanée	225,50	6
2635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	265,00	6
2921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée	341,00	6
	<i>Grefe osseuse</i>		
2363	humérus	210,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	<i>Incision et drainage</i>		
2990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	264,00	5
	<i>Injection avec ou sans scopie</i> (Voir la section GÉNÉRALITÉS du présent onglet)		
	<i>Ostéotomie</i>		
2033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant (PG-28)	360,00	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	COUDE		
	<i>Amputation</i>		
+ 2279	désarticulation au coude	360,00	4
	<i>Arthrodèse</i>		
2927	du coude	463,00	6
	<i>Arthroplastie</i>		
2404	par prothèse totale	742,00	8
+ 18034	remplacement prothèse totale, incluant exérèse de l'ancienne prothèse, effectuée lors de la même séance .	892,00	8
	<i>Arthrotomie</i>		
+	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
2039	du coude	132,00	4
2510	du coude pour arthrite septique	265,00	5
+ 2984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	397,00	8
+ 2913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	883,00	12
+	<i>Arthroscopie</i>		
+ 2985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	170,00	5
+ 2987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	225,00	5
+	NOTE : Le service médical codé 2987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+ 2983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	397,00	8
	<i>Désinsertion</i>		
2042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	132,00	4
	<i>Examen et manipulation</i>		
2834	Examen et manipulation (SAG)	110,00	4
+	NOTE : Le service médical codé 2834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	<i>Excision</i>		
2222	tête radiale	265,00	5
2230	tête radiale avec remplacement	331,00	4

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
+ 2989	de prothèse totale	530,00	6
<i>Luxation</i>			
2662	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
+	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
+ 18035	ligament interne ou externe	331,00	5
+ 18036	ligaments interne et externe	397,00	5
+ 18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	100,00	
2657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	90,00	4
<i>Reconstruction</i>			
+	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
+ 18038	ligament interne ou externe	397,00	6
+ 18039	ligaments interne et externe	450,00	6
+ 18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	100,00	
<i>Synovectomie</i>			
+ 2232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28) . . .	265,00	6
AVANT-BRAS			
<i>Amputation</i>			
+ 2278	amputation	360,00	4
<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>			
2991	à l'aiguille	110,00	4
2992	ouverte	199,00	5
<i>Excision</i>			
+ 9548	olécrane avec ou sans fascia plastie	199,00	5
	tumeur - radius ou cubitus		
2993	tumeur bénigne (PG-28)	132,00	5
2994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	530,00	8
2746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	742,00	12
2995	tumeur maligne	480,00	8
2996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	8
2997	résection extensive et reconstruction	742,00	15
2722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	847,00	15
2723	avec prothèse, supplément	165,00	2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
+ 2315	plaque et vis - radius (PG-28)	199,00	5
2314	plaque et vis - cubitus	132,00	5
2316	plaque et vis - radius et cubitus	265,00	5
2317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) (*)	110,00	4
2998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) (*)	115,50	4
<u>AVIS :</u> (*) <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>			
<i>Fasciotomie</i>			
2020	un compartiment	331,00	5
2021	deux ou plusieurs compartiments	463,00	6
<i>Fractures</i>			
+	olécrâne, de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius		
+ 18041	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
+ 18042	réduction ouverte	307,00	6
	fracture - radius et cubitus		
+ 2651	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
2652	réduction ouverte	463,00	8
+	réduction fermée et fixation par broche(s)		
+ 18043	radius ou cubitus proximal ou distal	155,00	5
<i>Grefe</i>			
2359	cubitus	265,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.		
2358	radius	265,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.		
2360	radius et cubitus	342,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.		
+	<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>		
+ 2903	radius	300,00	5
+ 2904	cubitus	312,00	5
+ 2905	radius et cubitus	461,00	8

		R = 1	R = 2
+	<i>Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</i>		
2906	radius ou cubitus	331,00	4
2907	radius et cubitus	463,00	8
+ 2543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
	<i>Reconstruction</i>		
2365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	636,00	8
	MAIN ET POIGNET		
	<i>Amputation</i>		
2271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	105,00	5
2273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28)	105,00	5
9581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28)	205,00	4
2275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	200,00	4
2276	désarticulation du poignet (PG-28)	331,00	4
	<i>Allongement</i>		
2914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 540,00 \$) (PG-28)	180,00	5
	<i>Arthrodèse</i>		
2928	pouce (PG-28)	331,00	5
2929	doigt (PG-28)	205,00	5
2926	poignet (PG-28)	463,00	5
	<i>Arthrolyse</i>		
2006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28)	662,00	12
	<i>Arthroplastie</i>		
+ 18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	331,00	6
2067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	360,00	6
+ 2372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	265,00	7
+ 2409	prothèse totale du poignet (PG-28)	742,00	8
2659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	463,00	6
+ 2373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	205,00	5

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Arthroscopie</i>		
2956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	155,00	5
2958	avec débridement, supplément	100,00	
2960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	155,00	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
+	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.		
	<i>Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation</i>		
+	NOTE : Les actes 2038, 2040, 2932 et 2933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+ 2040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	115,00	4
2932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	180,00	5
2038	poignet (PG-28)	120,00	4
2933	poignet avec arthrite septique (PG-28)	265,00	5
	<i>Biopsie</i>		
2934	à l'aiguille, main et poignet	51,00	4
2939	ouverte, main et poignet (PG-28)	105,00	5
	<i>Décompression</i>		
2383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	130,00	4
	NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)		
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
2382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	175,00	4

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
2219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	205,00	5
2895	ménisectomie radio-cubitale	240,00	4
+ 2138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	154,00	5
	tumeur bénigne		
2783	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	5
2784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	171,00	4
2785	carpe (PG-28)	132,00	5
2786	carpe avec greffe (PG-28)	310,00	8
	tumeur maligne		
2787	phalange, métacarpien (PG-28)	199,00	4
2788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	226,00	5
2789	carpe (PG-28)	300,00	7
2790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	420,00	8
2791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	560,00	15
	<i>Exérèse</i>		
	prothèse		
2792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	116,00	4
2650	carpe (PG-28)	199,00	5
2793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	115,50	5
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo- squelettique).</i>		
+	<i>Fractures ou luxation</i>		
+	carpe, métacarpe		
+ 18045	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
+ 18046	chacune additionnelle pour la même main	22,00	
#	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nom- bre total de services dans la case UNITÉS.</i>		
+ 18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	45,00	
+ 18048	réduction ouverte (PG-28)	205,00	6
+	phalange		
+ 18049	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
+ 18050	chacune additionnelle pour la même main	22,00	
#	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nom- bre total de services dans la case UNITÉS.</i>		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
+ 18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	25,00	
+ 18052	réduction ouverte (PG-28)	155,00	5
+	scaphoïde, semi-lunaire		
+ 18053	réduction ouverte (PG-28)	331,00	6
	Fascia		
+ 2554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 210,00 \$)	105,00	5
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
	pour maladie de Dupuytren		
2125	fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	155,00	5
2126	fasciectomy digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	210,00	7
	Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux		
2658	métacarpe, phalange (PG-28)	205,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
2674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés (PG-28)	171,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+ 2897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28)	400,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+ 18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	120,00	
+	Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation		
+ 2698	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	5
+ 2699	carpe (PG-28)	171,00	6
+ 2704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	132,00	5

		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 de correction</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
+ 18055	ROFI, supplément	100,00	
<i>+ Réparation, toute technique</i>			
+ 2898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	180,00	5
+ 2198	ligaments du poignet radio-carpien (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>Ténotomie corrective</i>			
2050	un doigt (PG-28)	105,00	5
2750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	100,00	4

		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 :			
en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre). . .			
9598		965,00	15
en deux temps :			
premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire). . .			
2251		800,00	10
deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant).			
2254		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 seulement	632,50	12

		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>Ténatomie</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 artholyse)	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		
	NOTE : Les services médicaux codés 2577 et 2724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.	225,50	4
<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
<u>AVIS :</u> Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
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>Grefe 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 ménisectomie 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	quadriceps	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-astragalienne 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
<i>Arthrolyse</i>			
2070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	742,00	6
<i>Arthroscopie</i>			
9500	pied (PG-28).	105,00	5
<i>Arthrotomie</i>			
	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
<i>Biopsie</i>			
9502	à l'aiguille ou au trocart	110,00	4
2247	ouverte (PG-28)	155,00	5
<i>Excision</i>			
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
9530	transposition et réinsertion tendineuse, pied un	331,00	5
9531	plusieurs	463,00	6
2436	ténodèse, pied	265,00	4
9593	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 sans ostéotomie	199,00	5
2069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne	225,50	5
9595	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	199,00	5
9596	hémi-arthroplastie	265,00	5
9565	arthroplastie totale	280,50	5
2529	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant		
2550	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	132,00	5
	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
2553	pied bot ou astragale vertical		
2555	allongement ouvert du tendon d'Achille	115,50	5
2556	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	341,00	6
2557	relâchement antérieur	341,00	6
2558	relâchement plantaire extensif	341,00	6
2560	capsulotomie interne et allongement tendineux	396,00	7
	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	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28). NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.	280,00	5
2327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28)	150,00	5
+	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+	Suture et reconstruction		
+	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
+ 2396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28)(*) maximum	137,50 412,50	5
2397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28)(*) réparation immédiate ou tardive maximum	210,00 630,00	5
+ 2324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28)(*) maximum	198,00 792,00	5
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
+ 18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)(*) maximum	396,00 792,00	6
+	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
+ 18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	281,00	5
+	Reconstruction d'un tendon		
+ 18061	greffe tendineuse (PG-28)	240,00	4
+	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies		
+ 18058	en un temps (PG-28)	360,00	8
+	en deux temps		
+ 18059	premier temps (PG-28)	360,00	8
+ 18060	deuxième temps (PG-28)	300,00	6
+ 2896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	120,00	5

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
+	<i>Transplantation</i>		
+ 2368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation.	250,00	6
+ 9582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	480,00	8
DIVERS			
<u>AVIS :</u> <i>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.</i>			
	application de stimulateurs électriques		
2488	externes	132,00	4
2489	percutanés	107,40	4
2490	internes	171,00	5
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

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).*

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
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.

2430	astragale	199,00	
2423	bassin	397,00	
2431	calcanéum	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	

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

R = 1 R = 2

*Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs,
artères, veines, sous microscope)*

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8.1 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 appropriée;
- 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.

		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.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Microanastomose (grossissement 5X et plus) :			
2385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	500,00	10
2394	Grefte 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.			
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.

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE	M-2
Rein	M-2
Rétropéritoine.....	M-4
Uretere	M-4
# Vessie.....	M-7
# Urètre	M-9

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (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**.

6000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	360,00	5
------	--	--------	---

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique «Rein» peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision ou extraction

6003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
6039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	197,00	4
6012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans excrèse de calculs	631,00	10
6008	Extraction de calcul caliciel (toute technique), incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	8
6011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5
6005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique), incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
6006	Extraction de calcul pyélique (toute technique), incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	6
6029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	4
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 0373.		
6007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	329,00	5

Spécialistes

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
6100	Biopsie du rein par voie ouverte	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
6101	partielle	841,00	8
6115	totale incluant l'urétérectomie subtotal	631,00	8
6200	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale	841,00	10
	NOTE : Ne peut être associé aux services médicaux codés 4241 et 4248.		
6199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	896,00	12
6217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électro-coagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	385,00	6
6204	Transplantation rénale :	329,00	5
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
6221	1 chirurgien	896,00	12
	équipe de 2 chirurgiens :		
6222	temps vasculaire	420,00	12
6223	temps urologique	197,00	
	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les transplantations rénales, la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faite par une incision différente, est payée à 90 %. (MOD=168)		
	néphrectomie :		
6213	chez le donneur vivant	610,00	10
6214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	420,00	10

AVIS : Cet acte est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. 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.

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Réparation			
6320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	480,00	8
6322	Néphropexie	240,00	6
6804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	60,20	
6327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8
Suture			
6325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique).	672,00	6
RÉTROPÉRITOINE			
6161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	672,00	10
6162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	420,00	6
<u>AVIS</u> : Joindre le compte rendu opératoire.			
URETÈRE			
Incision ou extraction			
6019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.	181,00	4
6015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	394,00	5
6016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
6044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée), incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néph- rostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 6008, 6005, 6006 et 6029 dans une même séance.	526,00	6

		R = 1	R = 2
6024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et urétéro-rénales	394,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 6111 dans une même séance.		
	<i>Excision</i>		
6109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	C.S.	4
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du Préambule général.		
6110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
6111	Traitement de tumeurs malignes pyélo-calicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électro-coagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales ou urétéro-rénales . . .	420,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 6024 dans une même séance.		
	<i>Réparation</i>		
6330	Urétérolyse unilatérale	360,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique «Uretère» dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline. Pour un chirurgien général, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétro-péritonéale.		
6331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique «Uretère» dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
6332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie, toute voie d'approche	631,00	7
6334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7
6337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	6

M - APPAREIL URINAIRE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
6335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
6341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
6333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
6305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres) .	946,00	8
6315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
6324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
6340	Urétérostomie cutanée unilatérale.	329,00	8
6328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial.	112,00	5
6329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial.	240,00	5
6318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
6323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. Procédure de Mitrofanoff).	867,00	12
+ 6339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale.	526,00	8
	Suture		
6348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte . . NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.	460,00	6
6346	Reprise de conduit iléal.	C.S.	7
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
6350	Opération de Boari	631,00	8

		R = 1	R = 2
VESSIE			
<i>Incision</i>			
6010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales.	263,00	4
	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.		
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

		R = 1	R = 2
<i>Injections thérapeutiques</i>			
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.		
<i>Excision</i>			
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
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 Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) :	300,00	5
6168	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.		

		R = 1	R = 2
<i>Destruction</i>			
6301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	140,00	4
<i>Réparation</i>			
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	1 183,00	12
6312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 314,00	16
6336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	197,00	
6277	Valve de continence, supplément par valve		
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les ré-anastomoses urétéro-intestinales	631,00	15
6343	univalvulaire	672,00	15
6344	plurivalvulaire		
6383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	736,00	15
<i>Suture</i>			
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			
<i>Incision</i>			
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

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
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.			
<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	
Urétrolyse post-urétropexie			
6037	par voie sus-pubienne	438,00	7
6014	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

Spécialistes
M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
6373	Correction d'incontinence urinaire par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	181,00	4
6417	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	631,00	10
6374		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
Suture			
6366	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire : 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
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.		

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - GYNÉCOLOGIE	P-2
Vulve et orifice inférieur du vagin	P-5
Vagin	P-5
# Trompes	P-7
Ovaires.....	P-7
# Utérus et col utérin.....	P-8

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.

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	Bartholinectomie 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
6157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	560,00	6
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
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-ischiopexie par voie vaginale, supplément	121,00	
6425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele 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	Entérocele 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
------	--	--------	---

		R = 1	R = 2
TROMPES			
<i>Excision</i>			
6260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	4
<i>Réparation</i>			
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
<i>Suture</i>			
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			
<i>Excision</i>			
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
<i>Réparation</i>			
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

		R = 1	R = 2
UTÉRUS ET COL UTÉRIN			
<i>Incision</i>			
6070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	280,00	5
6067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	350,00	5
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
6216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	672,00	8
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'épipoon - 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
	<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
	<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
	<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
<u>AVIS :</u> 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.			

		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
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

		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		
7718	temps du neurochirurgien	1 324,00	18
7719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	430,00	
7720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément.	98,10	
7721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste.	430,00	
7722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	392,00	10
<i>Méninges :</i>			
	Réparation de méningocèle cervicale :		
7723	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		
7740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne.	396,00	15
7741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne.	638,00	15
<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

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL.....	T-2
Globe oculaire.....	T-2
Cornée.....	T-2
Sclérotique.....	T-3
Iris et corps ciliaire.....	T-3
# Cristallin.....	T-4
Corps vitré.....	T-4
# Rétine.....	T-5
# Muscles oculaires.....	T-6
Orbite.....	T-6
Paupières et sourcils.....	T-7
Cils.....	T-8
# Conjonctive.....	T-9
Appareil lacrymal.....	T-9
# Corps étranger.....	T-10
Traumatisme oculaire.....	T-10

T - APPAREIL VISUEL

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**.

GLOBE OCULAIRE

7045	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	385,00	6
7046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	265,00	5
	Énucléation :		
7133	simple	245,00	4
7134	avec mise en place d'implant.	350,00	5
	Éviscération :		
7136	avec mise en place d'implant.	350,00	4
7356	Implantation secondaire	420,00	4
7358	Greffe de sclérotique pour extrusion d'implant.	264,00	6
7361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.) . . .	245,00	5
7237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	384,00	7
7122	trabéculectomie dans un oeil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	66,00	
7800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	450,00	8
+ 7809	Lyse de suture faite au laser dans les six semaines suivant une trabéculectomie	40,00	4
7123	Exérèse d'un implant de Molteno	175,00	5

CORNÉE

7007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	78,00	4
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
7192	partielle	132,00	5
7193	totale	220,00	5
7194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	132,00	4
7196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	200,00	5
7362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	200,00	5
7364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse . . .	490,00	8
7384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de 4 dioptries	280,00	6

Spécialistes**T - APPAREIL VISUEL**

		R = 1	R = 2
7371	Chirurgie réfractive pour pathologie cornéenne, toutes techniques	198,00	4
7803	Curetage et/ou cautérisation	26,00	4
7816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	42,00	4
7808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	235,00	5
7008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	539,00	8
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 (corélyse) (*)	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 cyclocryothérapie	132,00	5

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 3.

		R = 1	R = 2
CRISTALLIN			
7261	Cataracte, incluant les iridectomies : 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 sutures 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
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

AVIS : (*) 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 (Document complémentaire)

		R = 1	R = 2
RÉTINE			
<i>Réparation</i>			
	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
	Ré-accolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intra-vitréenne ou gaz expansifs intra-vitréens :		
7408	première intervention.	492,00	8
7409	intervention subséquente incluant toute technique.	548,00	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale:		
7310	tumeur.	217,00	4
7313	lésion hémorragique ou vasculaire.	217,00	4
7465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie.	400,00	8
7466	extraction d'une plaque de cobalt.	110,00	5
	Photocoagulation : au laser ou autre procédé		
7311	première intervention.	140,00	5
7312	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des 4 mois suivant la première intervention, par le même chirurgien.	81,00	5
+	pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)		
+ 7303	un oeil.	500,00	8
+ 7304	deux yeux.	750,00	8
#	<u>AVIS :</u> Les actes 7303 et 7304 s'appliquent seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.		
7314	Cryopexie par voie transconjonctivale.	140,00	4
7376	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive).	217,00	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

7210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	275,00	5
7211	chirurgie sur un muscle petit oblique	295,00	5
7212	chirurgie sur un muscle grand oblique	315,00	5
7213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	325,00	6
Supplément pour muscle additionnel			
7230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (*)	30,00	
7231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	35,00	
7232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	40,00	
7233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (*)	50,00	
NOTE : Les actes codés 7213 et 7233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.			
7279	transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles . . .	310,00	6
7283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	280,00	6
7377	Réparation à la suite de traumatisme	325,00	6
7378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	100,00	

ORBITE

7061	Fenestration du nerf optique	300,00	10
7063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	210,00	4
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
7281	décompression	350,00	7
7282	tumeur	545,00	10
7810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	323,00	7
7284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	545,00	10
7171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe).	330,00	7

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITÉS.

Spécialistes
T - APPAREIL VISUEL

		R = 1	R = 2
7242	Exentération simple : sans greffe	392,00	6
7243	avec greffe	563,00	10
7380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	300,00	5
	NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'os malaire ou de l'orbite.		
7379	Réduction de fractures de l'orbite	323,00	4

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre «Appareil lacrymal»)
Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

7065	Ouverture d'orgelet et drainage	12,00	4
7068	Ouverture et drainage d'abcès	40,00	4

Excision

7173	Chalazion (PG-28)	40,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
7167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	120,00	5
7168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	308,00	7
7249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	110,00	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
7174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	40,00	4
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma.		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de lésions dans la case UNITÉS.

7157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	198,00	5
7420	Réparation du canthus interne ou externe	200,00	5
7421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	240,00	4
7480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	421,00	8

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
7467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie.	40,00	4
	Ectropion ou entropion :		
7248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	198,00	5
7250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	290,00	5
7813	cautérisation (incluant l'examen)	40,00	
Réparation			
7392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure.	264,00	5
7390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	483,00	8
	Blépharoplastie par excision de peau, graisse orbitaire ou reconstruction du pli de la paupière supérieure avec troubles fonctionnels documentés		
7388	patients de moins de 65 ans (PG-28).	50,00	5
7389	patients de 65 ans ou plus	165,00	5
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
<u>AVIS :</u> Inscire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
	Ptose :		
7394	suspension au frontal	330,00	5
7385	fasanella ou autre technique	132,00	5
7395	résection du releveur (PG-28)	275,00	5
7396	réintervention.	330,00	6
7381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	140,00	5
	Lacération de la paupière :		
7386	n'intéressant pas le bord libre	110,00	4
7387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	264,00	5
7403	Tarsorrhaphie (PG-28)	132,00	5
CILS			
7418	Électrolyse ou cryothérapie	40,00	4
	Trichiasis localisé :		
7402	opération par résection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière.	198,00	5
7404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	264,00	4

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
7070	Péritomie	42,00	4
7069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	40,00	4
	Excision de tumeur :		
7175	bénigne ou kyste	40,00	4
7179	maligne, excision simple	140,00	5
7180	maligne, excision avec greffe	227,00	5
7405	Plastie conjonctivale avec greffe	210,00	5
7406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	70,00	4
	Symblépharon :		
7414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	198,00	5
7407	excision avec greffe	340,00	6
	Réparation de plaie traumatique :		
7433	suture simple de la conjonctive	40,00	4
7411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	230,00	5
7413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	132,00	5
APPAREIL LACRYMAL			
7071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	66,00	4
7072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	72,00	4
7252	Dacryocystectomie	210,00	4
7253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	420,00	8
	Chirurgie du punctum		
7053	entropion	60,00	4
7054	ectropion	60,00	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
7306	un oeil ou deux yeux	15,00	4
	Intubation du canal lacrymal :		
7319	un oeil	100,00	4
7329	deux yeux	150,00	5
7457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	60,00	4
7458	Réparation des canalicules sectionnés	330,00	5
7419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	330,00	6
7416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	396,00	6
7459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	396,00	6
7399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	26,00	4
7460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	350,00	6

		R = 1	R = 2
CORPS ÉTRANGER			
	Extraction d'un corps étranger :		
	intraoculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :		
7148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	280,00	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
7152	magnétique	373,00	7
7153	non-magnétique	443,00	6
7159	cornéen	26,00	4
7199	intra-orbitaire : derrière le septum	367,00	6
7204	conjonctival	12,00	4
TRAUMATISME OCULAIRE			
7461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion d'un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	280,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même organe.		
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 3.		
7462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	350,00	5
7463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère	420,00	6
7464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère et ablation de masses cristallines et/ou de vitré	490,00	10
7456	Cantholyse	40,00	4
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.		

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	V-2
Règle 1: Tarification	V-2
Règle 2: Examens.....	V-3
Règle 3: Examen radiologique d'un membre	V-3
Règle 4: Fluoroscopie.....	V-3
Règle 5: Examen du colon	V-3
Règle 6: Tube digestif supérieur en double contraste.....	V-3
Règle 7: Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8: Nez et sinus.....	V-4
Règle 9: Examen de la colonne	V-4
Règle 10: Pharynx et oesophage.....	V-4
Règle 11: Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-4
Règle 12: Bilatéralité.....	V-4
Règle 13: Radiographie dentaire	V-5
Règle 14: Substances de contraste	V-5
Règle 15: Angioradiologie et radiologie d'intervention.....	V-5
Règle 16: Stéréoscopie	V-5
Règle 17: Consultation exceptionnelle.....	V-5
Règle 18: Tarification	V-6
Règle 19: Rapport.....	V-6
Règle 20: Tomographie par ordinateur et résonance magnétique.....	V-6
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-7
TABLEAU DES HONORAIRES	V-9
Tête et cou	V-9
Colonne et bassin	V-10
Membres supérieurs.....	V-11
Membres inférieurs	V-11
Études du squelette.....	V-11
Thorax	V-11
Abdomen	V-12
Voies gastro-intestinales et biliaires.....	V-12
# Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-14
Obstétrique et gynécologie.....	V-14
# Fluoroscopie diagnostique	V-15
# Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-15
# Divers	V-16
# Mammographie.....	V-17
# Angioradiologie (Technique)	V-21
# Angioradiologie (Interprétation).....	V-22
# Tomographie par ordinateur	V-23
# Protocole 1 concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-25

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.****RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

AVIS : Sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le **numéro du médecin** ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case « Consultation demandée par ».

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes informations.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : Utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » sauf indication contraire aux tarifs.

Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » dans le Manuel des services de laboratoire en établissement.

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

1.4 En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : Remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

Pour demander les honoraires de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants.

Pour demander les honoraires de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et les honoraires correspondants.

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

		L R = 7	C R = 1
MEMBRES SUPÉRIEURS			
8060	Clavicule.	14,27	5,04
8075	Articulations acromio-claviculaires	17,64	7,73
8118	Articulations sterno-claviculaires	14,56	6,07
8074	Omoplate	15,82	6,07
8062	Épaule	15,71	6,07
8063	Humérus.	12,12	5,04
8064	Coude.	12,12	5,04
8065	Avant-bras	12,12	5,04
8066	Poignet	12,12	5,04
8067	Main	12,12	5,04
8068	Poignet et main	17,64	9,63
8069	Doigt ou pouce.	9,36	3,82
MEMBRES INFÉRIEURS			
8080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus.	19,80	5,87
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14.			
8083	Fémur	12,12	5,04
8084	Genou, incluant la rotule	12,12	5,04
8085	Jambe.	12,12	5,04
8086	Cheville.	12,12	5,04
	Pied		
8087	Tarse, calcaneum ou talon	12,12	5,04
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	18,60	8,60
8090	Orteil	9,36	3,82
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie) . .	18,25	7,73
ÉTUDES DU SQUELETTE			
	Étude du squelette pour âge osseux		
8092	1 région (main)	12,12	7,33
8093	2 régions (main et autres)	21,73	8,38
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région		
8280	8 incidences ou moins	48,32	18,91
8281	9 ou 10 incidences	57,38	22,92
8282	11 incidences ou plus.	66,44	25,78
THORAX			
8100	Poumons	17,60	7,29
8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multi- ples (3 incidences et plus).	40,71	11,08
	Larynx, études spéciales		
8113	phonation.	23,52	18,37
	Hémithorax (côtes)		
8115	2 incidences ou plus.	14,56	5,37
8117	Sternum	15,37	5,37

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
+9943	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en établissement		12,50
	AVIS : Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».		
+9943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet		13,50
#	AVIS : Cet acte doit être facturé seul , sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » dans la case ACTES; - inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants; - inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		

ABDOMEN

8150	Abdomen simple	12,12	4,46
8152	2 incidences ou plus	19,02	6,40

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est **obligatoire**.

8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	30,42	23,54
8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	30,42	23,54
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés).	28,66	13,67
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	56,18	24,33
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum.	60,56	29,55

		L R = 7	C R = 1
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	72,10	31,76
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	81,15	37,17
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	36,98	16,81
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	67,31	63,36
8149	Colon, lavement baryté simple contraste	58,50	18,76
8179	pour réduction d'intussusception	52,89	82,70
8160	double contraste (l'examen en mode analogique (non numérique) comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard (décubitus latéraux droit et gauche) et un minimum de 10 expositions)	76,70	40,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.			
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique NOTE: Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 8257, 8262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.		150,00
8161	Cholécystographie orale		3,54
	Cholangiographie		
8171	par tube en T, incluant l'injection.	24,51	13,63
8163	per-opératoire		7,15
8165	par infusion intraveineuse, incluant l'injection	35,00	16,50
8180	Pancréatographie per-opératoire		12,17
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	25,44	12,17

		L R = 7	C R = 1
VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médi- caux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.			
<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 «Demande de paiement - médecin », que les ser- vices soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.</i>			
8181	Pyélographie I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant.	58,53	26,63
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser le formulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>			
8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostogra- phie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen	36,39	7,18
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant	28,66	21,80
8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant	46,65	27,45
8189	Vasographie - Déférentographie.	17,90	5,37
8191	Kystographie rénale incluant la ponction	10,90	66,10
8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelvigraphie	37,00	24,50
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE			
8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	11,96	4,54
8193	Pelvimétrie.	18,50	7,50
8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de subs- tance de contraste et, le cas échéant, la scopie	37,59	43,25

		L R = 7	C R = 1
FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Fluoroscopie diagnostique » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(*)			
8102	Thorax	27,68	10,43
8151	Abdomen	27,68	10,43
8121	Squelette	27,68	10,43
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure		
8270	premier quart d'heure	10,78	19,02
8271	deux quarts d'heure	21,57	38,05
8272	trois quarts d'heure	32,35	57,08
8273	une heure ou plus	43,13	76,10
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(*)			
8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	29,05	22,46
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	49,36	53,85
8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	44,63	68,85
	Bronchographie		
8109	unilatérale	27,50	45,50
8111	bilatérale	38,00	64,00
8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	33,27	19,64
8007	Cisternographie opaque	63,00	27,65
8027	Dacryocystographie	24,04	9,24
8098	Discographie, un niveau ou plus	27,65	18,80
8004	Encéphalographie	60,00	27,65

AVIS : (*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
8214	Fistulographie	22,03	23,78
8201	Galactographie	33,32	47,60
8202	Kystographie mammaire	43,62	49,81
8119	Laryngogramme avec contraste opaque	58,76	54,26
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
8096	contraste huileux	70,33	25,80
8097	contraste non ionique	150,89	28,53
8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		49,45
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	57,66	91,99

AVIS : Utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » peu importe le lieu de dispensation.

8025	Sialographie	45,04	39,15
------	------------------------	-------	-------

DIVERS

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour les codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

	Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)		
8243	Examen initial de base	37,00	18,50
	Suivi (« follow-up »):		
8245	un site	33,00	11,00
8246	deux sites ou plus	37,00	15,00
8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	10,60	3,40
8006	Stérotaxie	60,00	20,00
8232	Tomographie	50,98	13,15

		L R = 7	C R = 1
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		30,97
	AVIS : <i>Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi de la « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation » (n° 1606), utiliser un « Document complémentaire » (n°1944) pour inscrire les renseignements demandés.</i>		
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
	en établissement		9,82
	en cabinet		19,64
	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni		
	En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD=021)		
	En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen +8,00\$. (MOD=008)		
MAMMOGRAPHIE			
	AVIS : <i>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.</i>		
	Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein n'est pas mis en place		
	NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».		
	sans examen clinique		
8140	unilatérale	22,76	6,50
8141	bilatérale	34,30	13,00
	avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8142	unilatérale	22,76	15,26
8143	bilatérale	34,30	20,26

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Spécialistes

		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 ».			
8048	diagnostique sans examen clinique		
	unilatérale	22,76	6,50
8049	bilatérale	34,30	13,00
	diagnostique avec examen clinique fait par le radiologiste 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).

		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.

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	clichés supplémentaires		
8129	unilatéral (*)	20,85	6,50
8130	bilatéral (*)	34,30	13,00
8131	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 investi- gation désigné (CRID)		
8099	radiographie d'une pièce biopsique	20,85	4,25
	<u>AVIS :</u> 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 essentielle.		
8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiolo- giste en centre de référence pour investigation dési- gné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémen- taires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc (*)		45,00
	NOTE: Ce service médical n'est pas payable au radio- logiste qui a facturé l'examen de dépistage		
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie		
8145	unilatérale		6,50
8146	bilatérale		13,00

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage dési-
gnés (CDD) ou des centres de référence pour investi-
gation désignés (CRID), consulter le site Internet de la
Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la
santé » puis sélectionner « Mammographie de dépis-
tage » et finalement la liste désirée.

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**.
- Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire n° 1606, « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section « Angioradiologie (technique) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)	
8401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	100,00
8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	91,94
8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	48,00
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	60,00
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	15,44

NOTE :

- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

		C R = 1
8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale . . .	40,00
8406	Lymphographie unilatérale.	50,00
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément.	16,04
ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)		
Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
8408	non sélective.	30,00
8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4.	30,00
sélective avec quantification par moyen objectif:		
8410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	13,44
8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	13,44
8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	23,44
8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux.	11,44
8414	sélective carotidienne, unilatérale	36,00
8415	sélective vertébrale, unilatérale	35,00
périphérique, membres inférieurs		
8416	unilatérale.	30,00
8417	bilatérale	60,00
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie.	33,69
Angiographie coronarienne		
8419	unilatérale	40,00
8420	bilatérale.	80,00
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	21,34
8422	Pontage mammaire-coronarien, unilatéral	39,49
8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée.	30,00
8424	Lymphographie, unilatérale	29,23

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

AVIS : Voir la Règle d'application n° 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

Tête		
8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,68
8259	sans injection de substance de contraste	31,68
Cou		
8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
8261	sans injection de substance de contraste	51,93
Thorax (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen »)		
8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
8263	sans injection de substance de contraste	51,93
Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)		
8264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
8265	sans injection de substance de contraste	51,93
Thorax et abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)		
8255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	89,90
8256	sans injection de substance de contraste	77,90
Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)		
8266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
8267	sans injection de substance de contraste	51,93

		C R = 1
Abdomen et pelvis		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis »)		
8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	85,38
8269	sans injection de substance de contraste	77,38
NOTE : La tarification de la région abdomen et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.		
Rachis		
8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	54,00
8275	sans injection de substance de contraste	46,00
Extrémités		
8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,00
8277	sans injection de substance de contraste	31,00
Tarif de révision en tomodensitométrie:		
8257	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie.	15,00

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit:

- Imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

8570	Tête.	106,26
8571	Cou.	106,33
8572	Thorax.	133,63
8573	Abdomen	133,63
8574	Pelvis	133,63
8575	Extrémités.	106,33
	Colonne	
8576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré).	99,19
8577	deux segments	124,60
8578	trois segments.	167,65

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Tarif de révision en résonance magnétique:		
8579	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	15,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.

Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

