MANUEL
SPÉCIALISTES
(nº 150)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

Coordination
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication
Service de l'information aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48510-0
ISBN-10 : 2-550-58510-6

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 67
OCTOBRE 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

(Veuillez noter que lors de cette mise à jour, tous les codes d'acte de ce manuel ont été intégrés à cinq (5) chiffres)

MODIFICATION 40 (4e partie) et MODIFICATION 41 en vigueur le 1er OCTOBRE 2006 ainsi que des modifications administratives

ONGLET FRAIS DE DÉPLACEMENT

- L'indemnité pour les frais de déplacement passe de 0,72 $ à 0,82 $ par kilomètre.

  Pages : 2, 6 et 7

ONGLET RÈGLES D'APPLICATION

- À la Règle d'application no.19 (cardiologie), le dernier paragraphe de l'article 3 est modifié en ajoutant « d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie ».

  Page : 8

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Modification à l'article 8.1 i) visant le quart de travail de nuit; la majoration de moitié continue de s'appliquer entre 7h et 8h.

  Page : B-50

ONGLET C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Le libellé de l'acte 00343 (insulinothérapie intensive...initiation ou vérification du traitement...) est modifié en ajoutant « par médecin, par année civile ».

  Page : C-23

ONGLET L - DIGESTIF

- 114 codes d'acte ont été abolis, 35 nouveaux codes ont été créés et 17 codes déjà existants font l'objet d'un changement de tarif.

  Pages : L-2, L-7 à L-18

MANUEL
SPÉCIALISTES
(nº 150)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

Coordination
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication
Service de l'information aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48510-0
ISBN-10 : 2-550-58510-6

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

ONGLET T - VISUEL

- Modification du tarif des codes d'acte reliés aux chirurgies des muscles oculaires.

  Pages : T-5 et T-6

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

ONGLET - INTRODUCTION

- Ajout du code ISBN à 13 chiffres (nouvelle norme) ainsi que quelques modifications à la section « Signification des références au bas de page ».

  Pages : 1 et 2

ONGLET - PAIEMENT

- Variable AA pour indiquer l'année dans les dates de paiement sur l'état de compte.

  Pages : 7, 8 et 9

- Nouveau code de transaction 88 - Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).

  Page : 12

ONGLET - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout et/ou modification des messages explicatifs suivants : 148, 201, 361, 600, 646, 704, 707, 711, 763 et 847.

  Pages : 5, 6, 13, 21, 23, 26, 29 et 33

ONGLET - RÈGLES D'APPLICATION

- Intégration des codes d'acte à cinq (5) chiffres.

  Pages : 3, 4, 6 à 9, 12 à 17

ONGLET - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Intégration des codes d'acte à cinq (5) chiffres.

  Pages : 15, 17, 18, 21 à 24, 28 et 39

- Correction à la description du modificateur 168 (urinaire) et du modificateur 182 (médecine d'urgence).

  Pages : 41, 43 et 45

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Intégration des codes d'acte à cinq (5) chiffres.

  Pages : A-2, A-4, A-6, A-7, A-9, A-11, A-12 et A-14

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Dans l'AVIS sous Majoration d'honoraires, ajout de la majoration de la ½ (entre minuit et 8h) pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit.

  Page : B-50

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 064 / 2006-09-29.*

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 : Blibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-551-12532-6
SBN-10 : 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. Il comporte une table des matières, des sections identifiées par des onglets comportant le préambule général et les addenda, la nomenclature et le tarif des actes ainsi que des renseignements relatifs au paiement pour les médecins rémunérés à l'acte. Les **renseignements d'ordre administratif** sont 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 spécialistes rémunérés selon le mode du salariat, le mode des honoraires forfaitaires, le mode de la rémunération mixte, pour la rémunération majorée (mesures incitatives) ou pour les services de laboratoire en établissement, sont publiées à part. La liste des publications disponibles pour les médecins spécialistes concernés est présentée sous l'onglet « Manuels et formulaires ».

Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées par la mise à jour *(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.

> Ayant la préoccupation de vous faire parvenir l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.
>
> Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-551-12532-6
ISBN-10 : 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 (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = mise à jour.

XX = numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.

MMMM 20AA = 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.

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

- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un ***« AVIS »***, nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);
- **00** signifie une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret ou règlement;
- **tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction de la **Modification** relative à l'Accord-cadre.
- Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR..... **1**

2. ACCORD-CADRE : Voir Brochure n° 1

3 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT..... **1**

4. PAIEMENT **1**

5. MESSAGES EXPLICATIFS **1**

6. MESURES INCITATIVES : Voir Brochure n° 3

7. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS **1**
PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS..... **14**

8. DISPOSITIONS TARIFAIRES..... **1**

A - Préambule général
B - Tarification des visites
C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques
D - Addendum 8 - Anesthésiologie
E - Addendum 4 - Chirurgie
Addendum 7 - Microchirurgie
F - Peau-phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses
G - Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique
H - Système respiratoire
J - Système cardiaque
K - Systèmes lymphatique et hématopoiétique
L - Système digestif
M - Appareil urinaire
N - Appareil génital mâle
P - Addendum 6 - Gynécologie
Q - Addendum 6 - Obstétrique
R - Appareil glandulaire
S - Système nerveux
T - Appareil visuel
U - Appareil auditif
V - Addendum 4 - Radiologie diagnostique

9. MANUELS ET FORMULAIRES

INDEX

Page

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR **2**

ANNEXE 23
Article 1 : Dispositions générales **2**
Article 2 : Territoires désignés..... **2**
Article 3 : Frais maximaux..... **3**

1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS..... **4**

1.2 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT **6**

1.3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT *(Formulaire n° 1988)* **8**
1.3.1 Description du formulaire..... **9**

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, les dispositions relatives au déplacement sont regroupées à l'Annexe n° 23 de l'Entente.

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

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

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

\+ L'indemnité est de 0,82 $ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

1.3 S'ajoute une indemnité de 71$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;

b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS : *Dans le cas de prélèvement d'organes, utiliser le code d'acte 09993 pour facturer l'indemnité de 71 $ l'heure pour le temps de déplacement.*

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

AVIS : *Utiliser le formulaire **« Demande de paiement no 1200 »** pour facturer le temps de déplacement avec le code de forfait de l'une ou l'autre des deux Lettres d'entente.*

ARTICLE 2.
TERRITOIRES DÉSIGNÉS

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

\+ a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,82 $ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

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

b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 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

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

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 0,82 $ 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)**.

1.2.2 Dispositions particulières a) Aux territoires désignés (territoires sujets à la rémunération majorée) b) et à certaines catégories de professionnels	
A) DÉPLACEMENT (Frais de transport) # • Voiture personnelle : 0,82 $ par kilomètre	Suivre la procédure décrite précédemment.
• Autres moyens de transport • Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné** est remboursé de ses frais **réels** de déplacement.	1. Utiliser le formulaire **« Demande de paiement »** (n° 1200). • Remplir le formulaire de la façon habituelle, (identitié de la personne asurée, services fournis, etc.). • Inscrire le code 9991 dans la section ACTES, préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire **« Demande de remboursement des frais de déplacement »**. (VOIR LA SECTION 1.3) 2. Remplir le formulaire **« Demande de remboursement des frais de déplacement »** (n° 1988) en y précisant le détail des dépenses faites. 3. Attacher à ce dernier formulaire les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout à la **« Demande de paiement »**.
B) TEMPS DE DÉPLACEMENT • Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'Annexe 23, une indemnité de 71,00 $ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement. • Il est accordé une indemnité de 71,00 $ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné**.	Utiliser le formulaire **« Demande de paiement »** (n° 1200) sur lequel a été facturé le déplacement correspondant : • Inscrire le code 9992 dans la section ACTES. • Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement. • **Taux horaire : 71,00 $.**

Si le montant à réclamer pour vos frais de transport (9991) ou votre temps de déplacement (9992) atteint **1 000 $ ou plus**, indiquez ce montant seul sur une autre demande de paiement avec le code approprié et les données habituelles d'identification. Inscrire la lettre A dans la case CS et mettre en référence dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.

Le formulaire **« Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988)** est disponible à la Régie et dans certains établissements.

1.3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
(Formulaire n° 1988)

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

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

CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL
- ☐ Dentiste
- ☐ Omnipraticien
- ☐ Spécialiste

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

Professionnel

PRÉNOM	NOM	NO DU PROFESSIONNEL

Déplacement

LOCALITÉ DE DÉPART	DATE ANNÉE / MOIS / JOUR	HEURE
LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DATE ANNÉE / MOIS / JOUR	HEURE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

Frais de déplacement

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

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

MOYENS DE TRANSPORT

DATE ANNÉE / MOIS / JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT	
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE X TAUX		

NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.

MONTANT TOTAL DES FRAIS

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 *292 06/04* **COPIE DE LA RÉGIE**

1.3.1 Description du formulaire

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

1. **PROFESSIONNEL :** prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION :** indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT :** localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro. **Ces renseignements sont obligatoires**. Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :** sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.
5. **TEMPS DE DÉPLACEMENT :** le temps consacré au déplacement, si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant **calculé à 100 %**; reporter ce montant sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 09992.
6. **MOYEN DE TRANSPORT :** la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du vehicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) **X** par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 09991.
7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS :** la somme des montants demandés.
8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :** autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement.
9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL :** le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

PRÉSENCE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES : toutes les pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçu d'essence afférant, reçu de taxi, etc. doivent être jointes à la demande de remboursement, et doivent être des pièces **originales** (pas de photocopie).

Le nombre de kilomètres facturé correspond à la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de sortie de la municipalité jusqu'à l'établissement visité.

Ces documents doivent être transmis, **avec la demande de paiement correspondante**, à l'adresse suivante:

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

INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (Formulaire n° 1200)..... **2**

3.0 AVANT-PROPOS **2**

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN..... **2**

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN **3**

3.2.1 Section 1 Identité de la personne assurée **3**
3.2.1.1 Carte d'assurance maladie **3**
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie **3**
3.2.1.3 Modèles de carte..... **4**
3.2.1.4 Vérification de la carte..... **6**
3.2.2 Section 2 Médecin ayant fourni les services assurés..... **8**
3.2.3 Section 3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin **9**
3.2.4 Section 4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires **10**
3.2.4.1 Document complémentaire *(Formulaire n° 1944)* **11**
3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs..... **12**
3.2.5 Section 5 Établissement **13**
3.2.6 Section 6 Facturation des actes..... **15**
3.2.6.1 Exemple de facturation d'une anesthésie..... **17**
3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R = 3)..... **18**
3.2.6.3 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD = 037).... **19**
3.2.6.4 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie (Règles 14,3 et 14,5 - Préambule général) **20**
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règles 14.2 et 14.5 - Préambule général) **25**
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règle 14.4 - Préambule général) **29**
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance **30**
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q **32**
3.2.8 Section 8 Visites..... **34**
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence)..... **35**
3.2.9 Section 9 Total des honoraires **36**
3.2.10 Section 10 Signature..... **36**

3.3 EXPÉDITION **36**

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE *(Formulaire n° 1800)* **37**

Annexe I : Liste des rôles **38**

Annexe II : Liste des modificateurs **39**

Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification..... **51**

Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement)..... **52**

3.5 RÉMUNÉRATION MAJORÉE..... **2**
3.5.1 Liste des localités **3**

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (Formulaire n° 1200)

3.0 AVANT-PROPOS

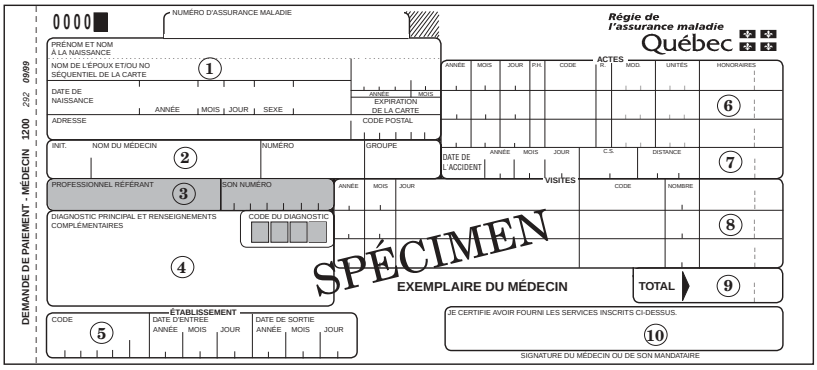
La Régie fait parvenir à tous les médecins rémunérés à l'acte un approvisionnement de demandes de paiement. Le médecin peut en demander un nouvel approvisionnement à la Régie, selon certains critères définis sous l'onglet « Manuels et formulaires (page 2) », en utilisant le formulaire **Commande de formulaires** (n° 1491). Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées**.
- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi le 15 mars 2003 s'écrit 03-03-15.

Les honoraires s'inscrivent sans le symbole du dollar ($).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

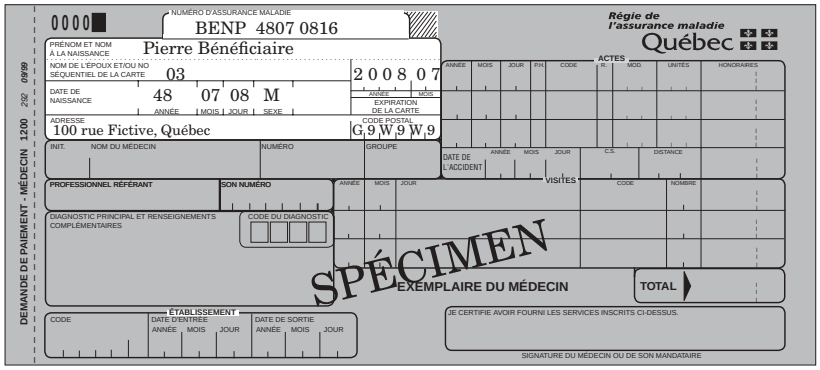


1. Identité de la personne assurée;
2. Médecin ayant dispensé les services assurés;
3. Professionnel ayant requis des services d'un médecin;
4. Diagnostic et renseignements complémentaires.
5. Code de l'établissement ou de la localité où les services assurés sont dispensés;
6. Actes (et les visites facturées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

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

3.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE



Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux et/ou no séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année - mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

3.2.1.3 Modèles de carte

DIfférents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

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

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

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

Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus;
- Personne assurée hébergée en établissement;
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour raison d'ordre médical.

c) **SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE**

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

d) **AVEC PHOTO**, **SANS SIGNATURE**

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

3.2.1.4 Vérification de la carte

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

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

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

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

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

3- Carte avec photo et signature

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

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

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

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

a) L'enfant est âgé de moins d'un an:

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse) :

• si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE un astérisque (*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée;**

  • de plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.)

- **toujours** inscrire la lettre **« C »** dans la case C.S., **(même s'il s'agit d'un cas d'urgence)**;
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou, à défaut, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;

- **ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la demande de paiement.**

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

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

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code comporte le préfixe « 0 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») :

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

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

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

e) Services médicaux durant le délai de carence, à une personne en provenance d'un pays étranger, seulement celle présentant un problème de santé en regard d'une des situations prévues au programme visant cette clientèle :

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

  En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**Ne pas remettre** de formulaire n° 1800 « *Demande de remboursement à la personne assurée* »).

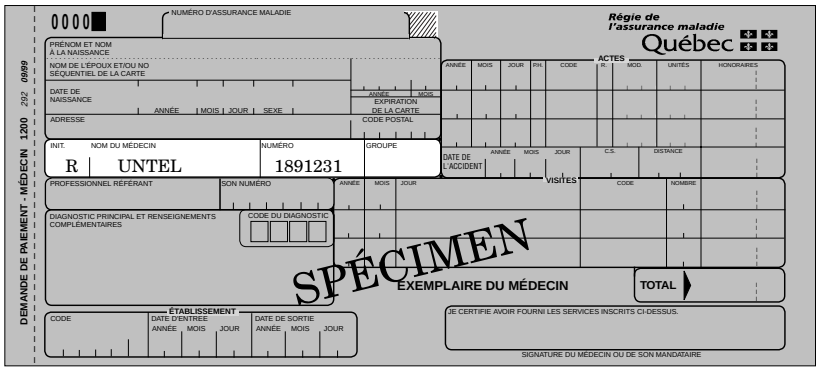
2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire n° 1800 « *Demande de remboursement à la personne assurée* » qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (Voir la section 3.4 du présent onglet).

L'ACTE EFFECTUÉ EST UN TRAITEMENT COLLECTIF FOURNI À PLUS D'UNE PERSONNE ASSURÉE :

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

3.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS



Cette identification comporte les éléments suivants :

- INITIALE : du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie;
- GROUPE : le numéro de groupe est un numéro de compte administratif attribué par la Régie pour permettre au médecin spécialiste de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

  Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif ou s'inscrire à un compte existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire n° 3006 « Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ». Il ne doit utiliser ce numéro sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

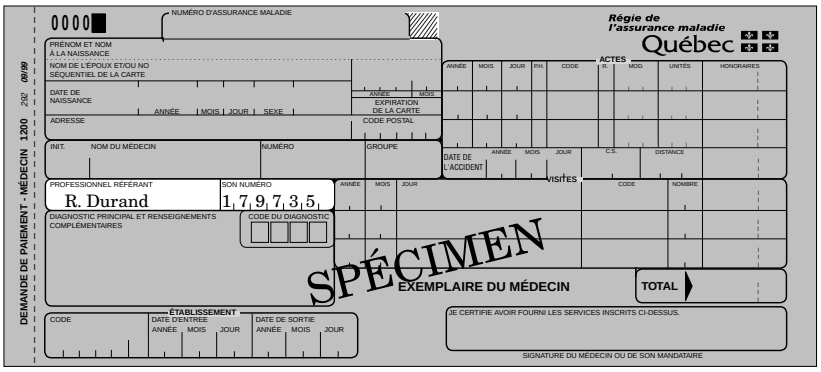
L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

Remarque : Le numéro d'inscription est composé de sept chiffres, celui du compte administratif est composé de quatre chiffres.

3.2.3 SECTION 3 PROFESSIONNEL AYANT REQUIS DES SERVICES D'UN MÉDECIN

- Consultation, transfert, examen radiologique, etc.

Tous les examens de radiologie exigent l'identification du médecin ou du dentiste qui a demandé les services.



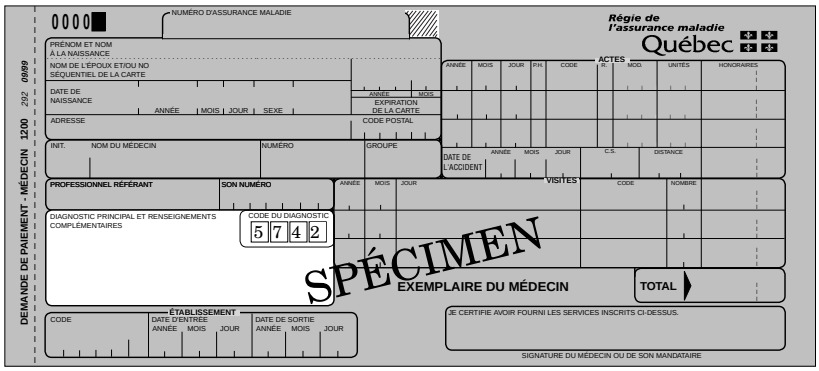
Cette partie comporte les éléments suivants :

- PROFESSIONNEL RÉFÉRANT : l'initiale du prénom, le nom au complet du médecin, du dentiste, de la sage-femme ou de l'optométriste qui a requis les services;
- SON NUMÉRO : le numéro d'inscription (six chiffres) à la Régie du médecin, du dentiste, de la sage-femme ou de l'optométriste qui a demandé des services.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom(s) dans la case « PROFESSIONNEL RÉFÉRANT » et dans la case « SON NUMÉRO », le numéro 111111 si le professionnel est un médecin, 211111 si le professionnel est un dentiste ou 311111 si le professionnel est un optométriste.

3.2.4 SECTION 4 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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



DIAGNOSTIC PRINCIPAL

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

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

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Tout renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement, tels les soins d'urgence, ou lorsqu'exigé par le libellé de l'acte ou par un avis administratif.

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

3.2.4.1 Document complémentaire *(Formulaire n° 1944)*

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

Régie de l'assurance maladie Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	Nº D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
1	2	3	4
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
5	6		7

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

8

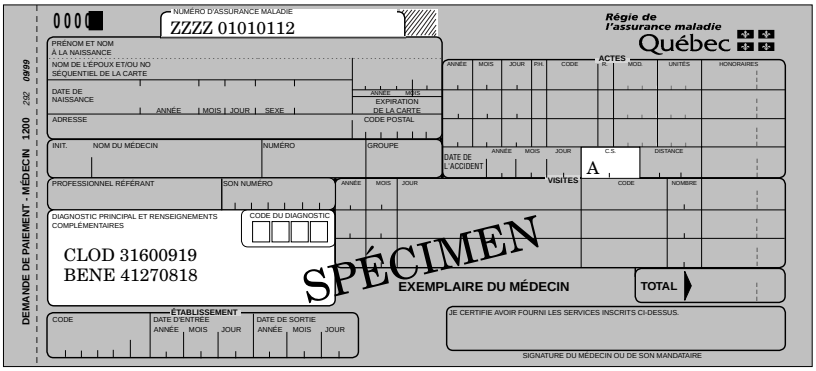
EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

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

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

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs



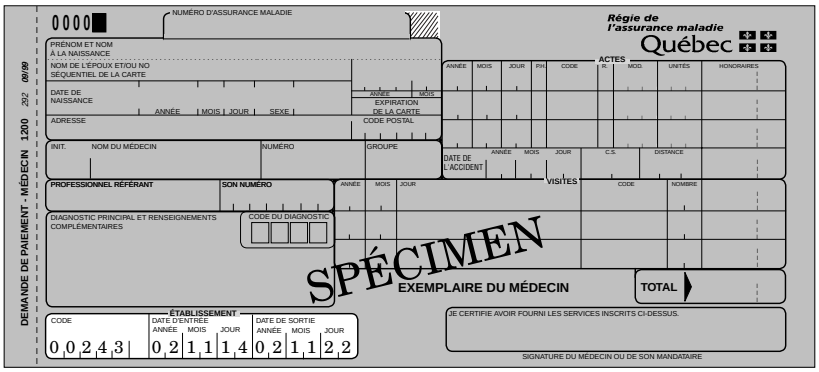
Inscrire sur la demande de paiement n° 1200 les éléments suivants :

- le code ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- la lettre A dans la case C.S.;
- les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

3.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT



CODE : inscrire le code d'établissement, le code du cabinet privé de radiologie ou de physiatrie (physiothérapie) ou le code de localité, selon le cas;

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

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

Remarque : Les services rendus dans le cadre de la chirurgie d'un jour doivent être facturés avec le suffixe 1 du numéro d'établissement.

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

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché.

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

Code du cabinet privé de radiologie : Celui-ci est requis lorsque les examens de radiologie sont effectués dans un cabinet privé de radiologie générale ou spécifique. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire de radiologie.

Code du cabinet privé de physiatrie : Celui-ci est requis lorsque les examens de physiatrie sont effectués dans un cabinet privé de physiatrie. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant de la clinique de physiatrie.

Facturation d'un acte de radiologie ou d'une électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire le code d'établissement où **l'interprétation a été faite**(1)
- inscrire la date de l'interprétation comme date de service
- facturer les honoraires au taux de l'établissement où **l'interprétation a été faite**(2)
- inscrire un «A» dans la case C.S.
- indiquer le lieu où la **technique a été faite** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Remarques : (1) Voir exceptions pour la facturation des codes d'acte des services rendus dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein ou du protocole d'accord relié à ce programme.
(2) Si le médecin n'a pas le même mode de rémunération dans les deux établissements, il doit facturer son service selon le mode prévalant dans celui où l'interprétation a été faite.

Code de localité : Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement. Les codes de localité figurent à la partie RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE - LISTE DES LOCALITÉS, sous le présent onglet.

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

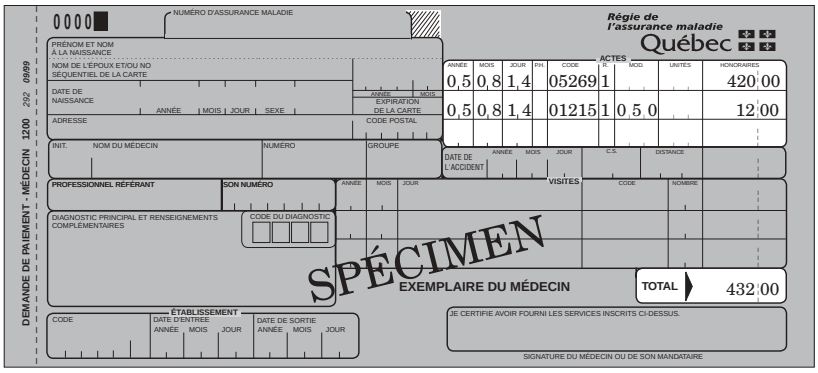
DATE D'ENTRÉE : inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.

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

3.2.6 SECTION 6 FACTURATION DES ACTES

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

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



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

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

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

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

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

- CODE : le code de l'acte (cinq chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif;

- R : rôle (un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'Annexe I;
- MOD : le modificateur (trois chiffres) : la liste des modificateurs figure à l'annexe II;

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

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

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

3.2.6.1 SECTION 6 Exemple de facturation d'une anesthésie

GÉNÉRALITÉS :

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

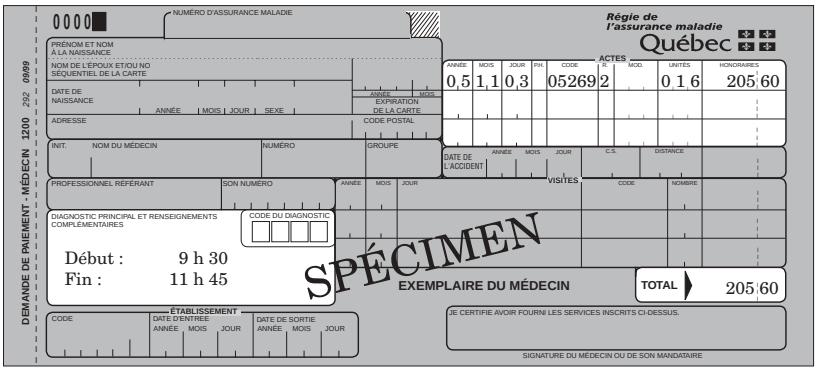
Les valeurs de base et de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée ou diminuée, s'il y a lieu.

DURÉE :

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

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

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



CALCUL DES UNITÉS

\# Code 05269 = 6 unités de base

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

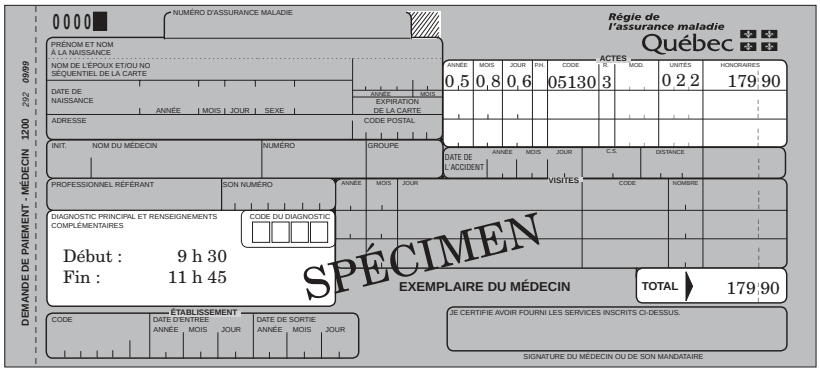
Total des unités = 10 unités de durée + 6 unités de base = 16 unités

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

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

3.2.6.2 SECTION 6 Anesthésiologiste collaborateur (R=3)

Addendum 8 - Règle 8



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

CALCUL DES UNITÉS

Code 05130 = 12 unités de base

Durée :

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

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

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

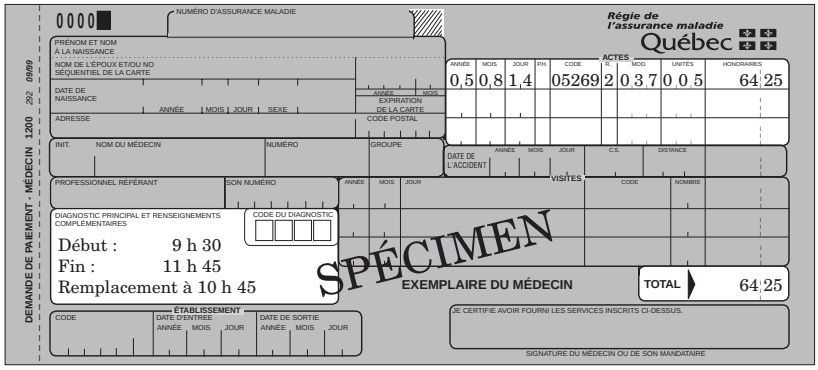
Total des unités pour le calcul des honoraires = 10 unités de durée + 4 unités de base = 14 unités

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

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

3.2.6.3 SECTION 6 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD=037)

Addendum 8 - Règle 9



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

Dans l'exemple :
15 unités totales - 10 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant. Celui-ci doit inscrire le modificateur 037.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte, inscrire le **modificateur 099** et calculer les honoraires selon les règles de préambule qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3.2.6.4 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

(Règles 14.3 et 14.5 - Préambule général)

GÉNÉRALITÉS :

1- Les services en urgence se facturent dans la section « actes ».

2- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début et celle de la fin du service rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.

4- Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

Le tableau qui suit donne deux listes de modificateurs à employer selon le moment du jour ou de la semaine. Il se peut qu'une anesthésie chevauche deux ou trois périodes de majorations différentes.

La colonne de modificateurs DÉBUT DE L'OPÉRATION donne la liste des modificateurs à utiliser en début d'anesthésie. Si celle-ci se prolonge au moment où la majoration est différente (ou encore sans majoration) il faut utiliser un des modificateurs de la deuxième colonne SUITE DE L'OPÉRATION.
(Voir les quatre exemples dans les pages suivantes).

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE EN ANESTHÉSIOLOGIE

	DÉBUT DE L'OPÉRATION	SUITE DE L'OPÉRATION
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de ½)	MOD = 001	MOD = 090
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 100 %)	MOD = 004	MOD = 091
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés de 7 heures à minuit (majoration de ½)	MOD = 013	MOD = 092
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 heures à 19 heures (aucune majoration)	------	MOD = 098

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 001, 004 ou 013, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples et autres situations » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

Les modificateurs 090, 091, 092 et 098 ne s'appliquent que sur des unités de durée.

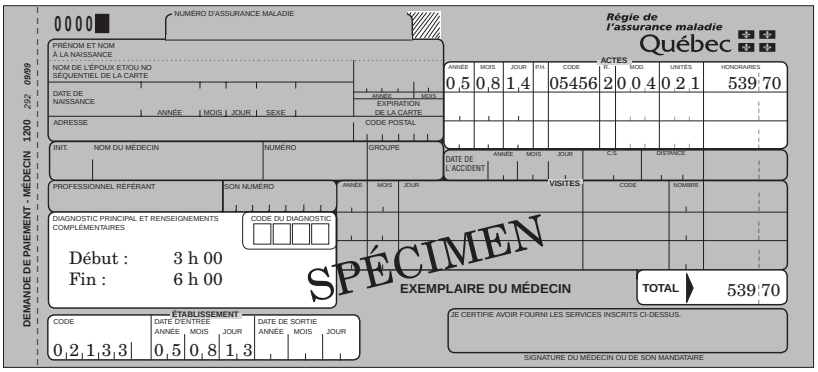
Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la Brochure n° 5.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de garde.



INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Utiliser les modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la page précédente.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 5 unités de base

Durée (3 h à 6 h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

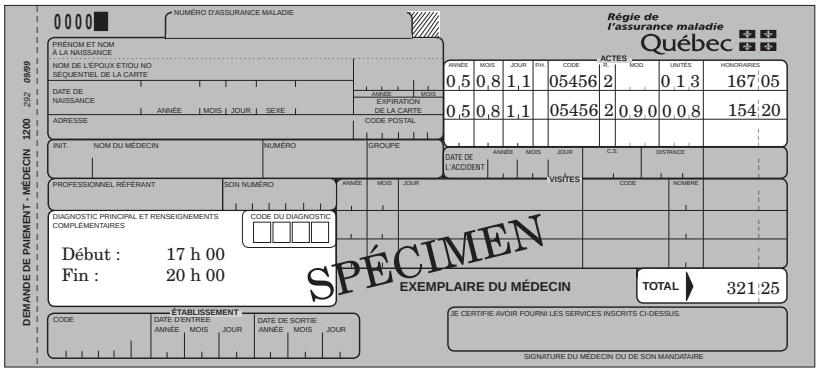
Total des unités = 5 unités de base + 16 unités de durée = 21 unités

Honoraires = (21 X 12,85 $) majoré de 100 % (MOD=004) = 539,70 $

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 2

Anesthésie débutant dans une période de garde sans majoration et se terminant dans une période de garde avec majoration.



INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, sans modificateur.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 5 unités de base

Durée (17h à 20h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

Total des unités = 5 unités de base + 16 unités de durée = 21 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (5 unités) + unités de durée de 17h à 19h (8 unités) = 13

unités (13 X 12,85 $) non majorable = 167,05 $

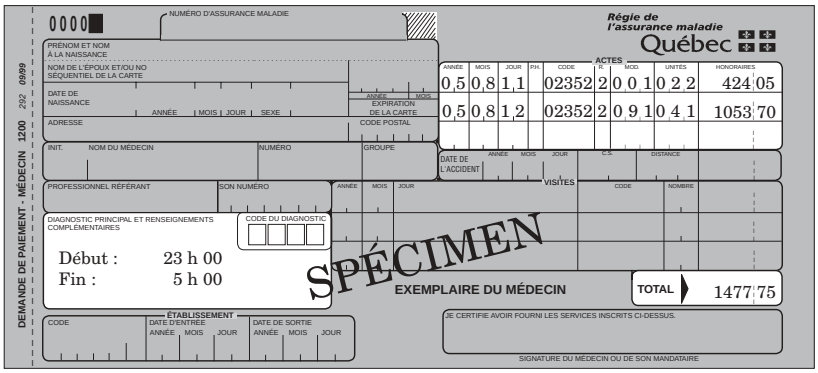
Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 17h à 20h (16 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (8 unités) = 8 unités
(8 X 12,85 $) majoré de 1/2 (MOD=090) = 154,20 $

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 3

Anesthésie débutant dans une période de garde avec majoration et se terminant dans une période de garde avec majoration différente.



INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION, du tableau de la section 3.2.6.3.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 02352 = 18 unités de base

Durée (23h à 5h) = 24 quarts d'heure ou 45 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 45 unités de durée = 63 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (18 unités) + unités de durée de 23h à minuit (4 unités) = 22 unités (22 X 12,85 $) majoré de 1/2 (MOD=001) = 424,05 $

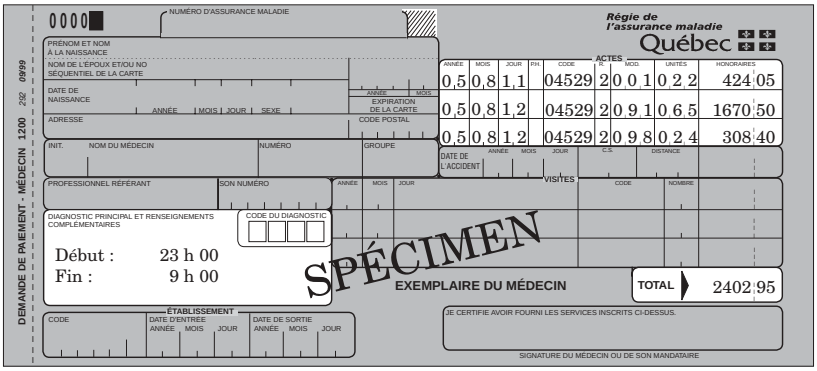
Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 23h à 5h (45 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (4 unités) = 41 unités
(41 X 12,85 $) majoré de 100 % (MOD=091) =1 053,70 $
EXCEPTION à la remarque de la page 16 concernant la facturation des actes de 1 000 $ et plus.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 4

Anesthésie dont le temps chevauche trois périodes de garde avec des majorations différentes.



INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION, du tableau de la section 3.2.6.3.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.
- Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière période de garde en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

CALCUL DES HONORAIRES

\# Code 04529 = 18 unités de base
Durée (23h à 9h) = 40 quarts d'heures ou 93 unités de durée
Total des unités = 18 unités de base + 93 unités de durée = 111 unités

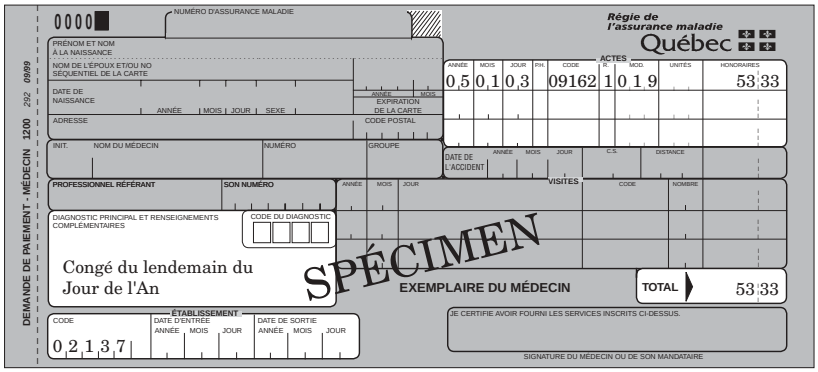
Honoraires pour le début de l'opération :
Valeur de base (18 unités) + unités de durée de 23h à minuit (4 unités) =
22 unités (22 X 12,85 $) majoré de 1/2 (MOD=001) = 424,05 $

Honoraires pour la suite de l'opération :
Unités de durée de 23h à 7h (69 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (4 unités) = 65 unités
(65 X 12,85 $) majoré de 100 % (MOD=091) = 1 670,50 $
EXCEPTION à la remarque de la page 16 concernant la facturation des actes de 1 000 $ et plus.

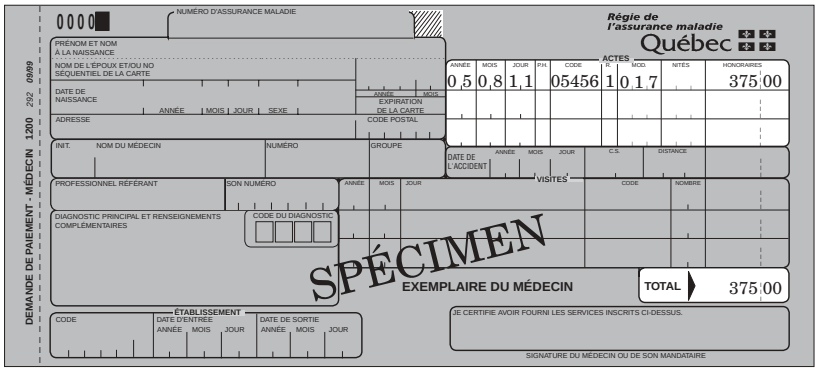
Honoraires pour la fin de l'opération :
Unités de duré de 23h à 9h (93 unités) moins les unités de durée du début et de la suite de l'opération (4 + 65 = 69 unités) = 24 unités
(24 X 12,85 $) aucune majoration (MOD=098) = 308,40 $

3.2.6.5 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie
(Règles 14.2 et 14.5 - Préambule général)

VISITES



AUTRES SERVICES



Remarque : Les modificateurs utilisés ci-haut, ne doivent pas être employés par les médecins en chirurgie générale, en chirurgie plastique, en médecine interne, en obstétrique-gynécologie, en ophtalmologie, en neurologie et en pédiatrie (Voir page suivante pour la liste des modificateurs et leur application).

Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la Brochure n° 5.

GÉNÉRALITÉS :

1- Les visites et les autres services en urgence se facturent dans la section « actes ».

2- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.

3- Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la Brochure n° 5.

A- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE (sauf en chirurgie générale, en chirurgie plastique, en médecine interne, en pédiatrie, en ophtalmologie, en neurologie et en obstétrique-gynécologie)

(MOD=018)
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration du 1/3)

(MOD=017)
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

(MOD=019)
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration du 1/3)

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 017, 018 ou 019, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

B- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE EN CHIRURGIE PLASTIQUE

(MOD=023)
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 50 %)

(MOD=012)
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 100 %)

(MOD=054)
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration de 50 %)

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 023, 012 ou 054, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

C- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - CHIRURGIE GÉNÉRALE

(MOD=163)
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 65 %)

(MOD=164)
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 120 %)

(MOD=165)
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration de 65 %)

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 163, 164 ou 165, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

D- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - MÉDECINE INTERNE

MOD=103
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %

MOD=102
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %

MOD=104
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 102, 103 ou 104, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

E- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - PÉDIATRIE

MOD=131
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 65 %

MOD=132
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 125 %

MOD=133
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 65 %

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 131, 132 ou 133, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

F- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - OPHTALMOLOGIE

MOD=154
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %

MOD= 155
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %

MOD= 156
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 154, 155 ou 156, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

G- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - NEUROLOGIE

MOD= 157
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %

MOD= 158
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %

MOD= 159
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 157, 158 ou 159, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

H- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

MOD= 160
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %

MOD= 161
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %

MOD= 162
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 160, 161 ou 162, référer à l'annexe II sous le titre « Modificateurs multiples » pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

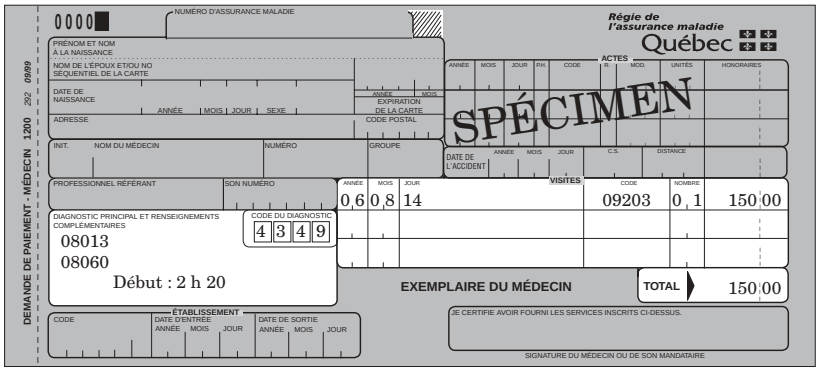
FACTURATION DES CONSULTATIONS AU SERVICE D'URGENCE

Pour facturer une consultation faite au service d'urgence :

- pour un patient hospitalisé, code d'acte 09160;
- pour un patient externe, code d'acte 09170;

utiliser le suffixe **7** du code d'établissement.

3.2.6.6 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie
Règle 14.4 - Préambule général



1- Exceptionnellement, les codes utilisés pour les services tels que définis à la Règle 14.4 du Préambule général peuvent être inscrits à la section des visites.

2- En plus de ces codes, il faut inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le ou les codes correspondant aux services rendus.

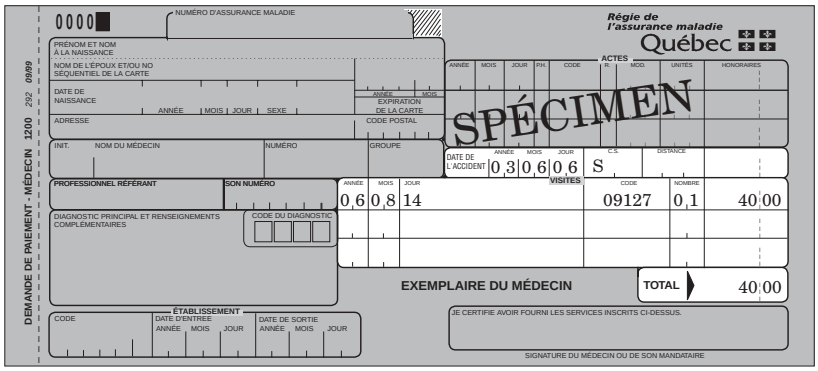
3- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début du service rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.

5- Aucun modificateur utilisé pour les soins d'urgence n'est applicable aux codes prévus à la règle 14.4 du Préambule général.

Remarque : En rémunération mixte, il est **obligatoire** d'inscrire le code correspondant à la plage horaire visée dans la case PH. Voir 3.2.6 section 6 - Facturation des actes du présent onglet.

3.2.7 SECTION 7 C.S.S.T. - C.S. - DISTANCE



C.S. : inscrire la ou les lettres appropriées dans la case C.S. lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'annexe III du présent onglet sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (Règle 16 du Préambule général) y inscrire la lettre « N », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case HONORAIRES.

- Tout renseignement complémentaire relié à un motif autre que la demande d'honoraire additionnel doit être signalé par la lettre « A », entre autres pour la présence de notes explicatives.

- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), voir les sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet « Paiement ».

- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et les autres lettres dans la case C.S.

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

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

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

DISTANCE : indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en **kilomètres** dans un sens seulement. Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'entente. L'indemnité de déplacement n'est pas assujettie à l'application de la rémunération différente.

Lorsqu'une description détaillée des déplacements effectués est requise, utiliser le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (voir le texte de l'Annexe n° 23 regroupant les dispositions relatives au déplacement de même que les instructions de facturation qui s'y rapportent, sous l'onglet « Frais de déplacement et de séjour »).

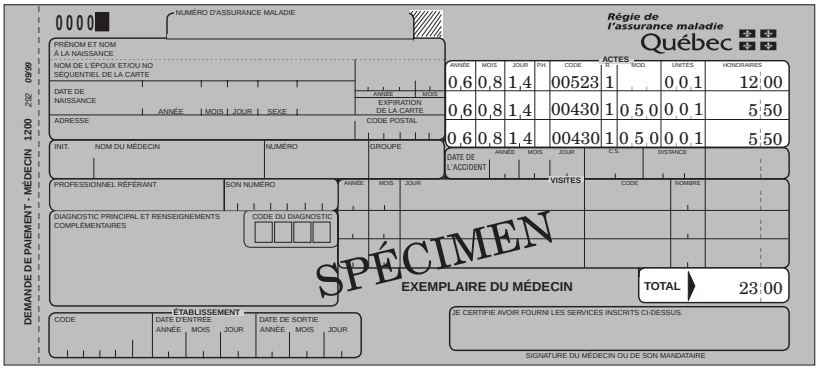
3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q »

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

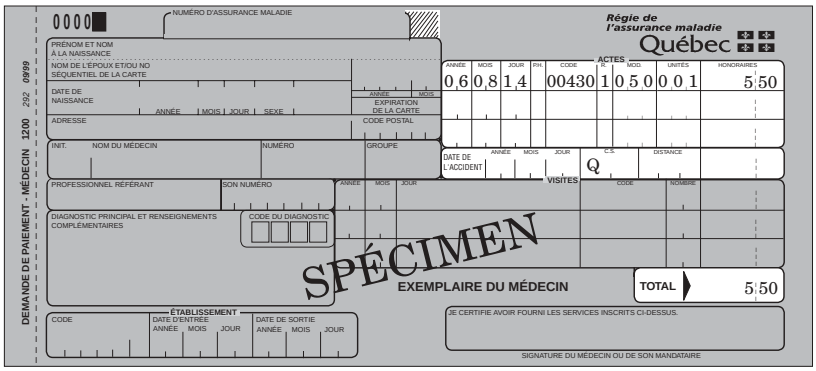
La lettre « Q » permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à une personne assurée soit **au cours de la même séance ou de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement donc qu'il y a une relation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

EXEMPLE 1

1re demande de paiement



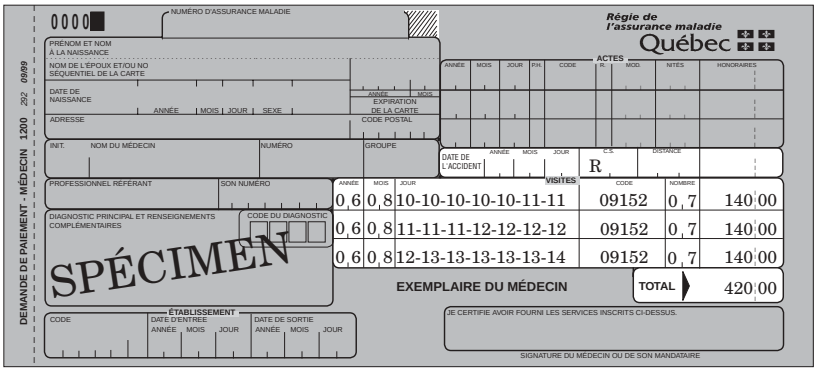
2e demande de paiement



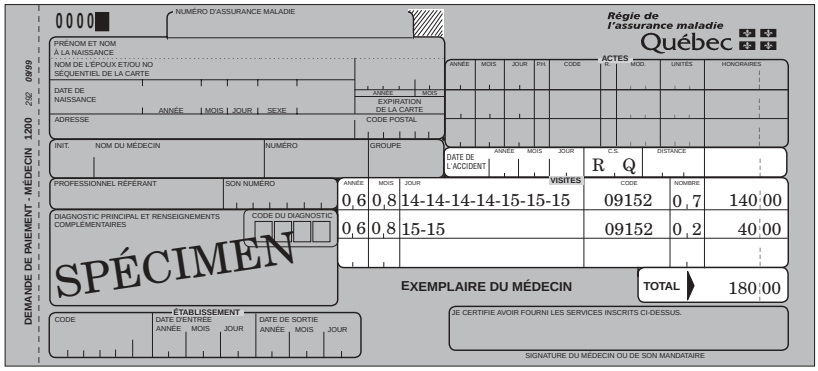
3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q » - suite

EXEMPLE 2

1re demande de paiement

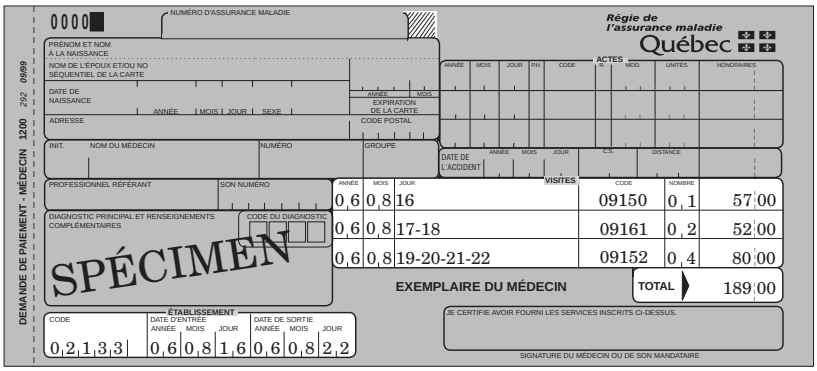


2e demande de paiement



3.2.8 SECTION 8 VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites principales, de contrôle, de transfert, de départ et la consultation, **sans modificateur**. Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.



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

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

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

- ANNÉE, MOIS, JOUR : la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantièmes (dates) sont inscrits dans le champ JOUR; **un maximum de sept quantièmes par ligne peut y être inscrit**;

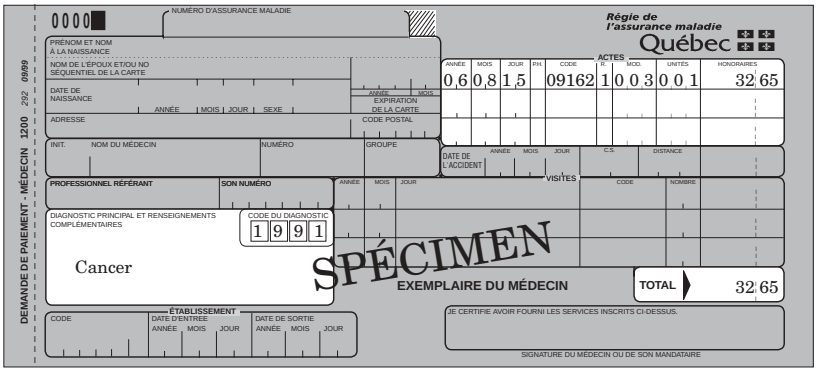
  Dans le cas d'une facturation de plus d'une visite de contrôle le même jour, inscrire le même quantième (date) dans la case JOUR, autant de fois que le nombre de visites effectuées.

- CODE : le code de l'acte;

- NOMBRE : le nombre de jours à inscrire dans la case doit correspondre au nombre de quantièmes (dates) mentionnés dans la case JOUR;

- HONORAIRES : les honoraires correspondants soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

3.2.8.1 SECTION 8 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence).



GÉNÉRALITÉS :

1- Les visites réclamées avec un modificateur se facturent dans la section ACTES.

2- Dans tous les cas, il faut inscrire la nature du modificateur réclamé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Réf. : Règles d'application nos 21 et 22).

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

3.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

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

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

3.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée conformément au Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatif à la loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Remarque : Les estampes ainsi que l'écriture en lettres moulées ne sont pas acceptées pour la signature.

3.3 EXPÉDITION

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

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

Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse dans le coin supérieur gauche. Toutes les demandes doivent être adressées à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(FORMULAIRE n° 1800)

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

00000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ÉTIOU
NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ANNÉE MOIS EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

NIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

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

ACTES ANNÉE MOIS JOUR RYK CODE R. MOD. UNITÉS HONORAIRES

SPÉCIMEN

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

VISITES ANNÉE MOIS JOUR CODE NOMBRE

TOTAL

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Partie à remplir par la personne assurée

Pour obtenir un remboursement rapide, la personne assurée doit :

1. **vérifier** que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les informations requises.
2. **identifier** dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, **ajouter les renseignements requis** et suivre les directives appropriées.
3. **remplir** les sections ADRESSE et SIGNATURE.
4. **envoyer** à la Régie la *Demande de remboursement à la personne assurée* (**exemplaire de la Régie**) dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.

Situation à l'origine de la demande

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

- **Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée mais vous ne l'avez pas présentée** — Inscrire votre numéro d'assurance maladie (douze caractères alphanumériques) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** — Communiquer avec la Régie à l'un des numéros mentionnés ci-dessous. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie (douze caractères alphanumériques) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Votre carte d'assurance maladie est expirée : *(code 2350)***
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :**
- **Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée : *(code 2501)***

Communiquer avec la Régie à l'un des numéros mentionnés ci-dessous.
Lorsque vous êtes en communication avec la Régie, composer s'il y a lieu, le code numérique (4 chiffres) correspondant à votre situation.
Inscrire votre numéro d'assurance maladie (douze caractères alphanumériques) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.

Adresse

ADRESSE RÉSIDENTIELLE PERMANENTE	SI DIFFÉRENTE, ADRESSE OÙ VOUS DÉSIREZ RECEVOIR VOTRE CHÈQUE
NUMÉRO RUE	NUMÉRO RUE
APP. VILLE OU LOCALITÉ	APP. VILLE OU LOCALITÉ
PROVINCE Québec CODE POSTAL	PROVINCE CODE POSTAL

Signature

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE DATE ANNÉE MOIS JOUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE Ind. rég.

Vous pouvez obtenir des informations additionnelles en communiquant avec la Régie aux numéros suivants :

- dans la région de Québec : (418) 646-4636
- dans la région de Montréal : (514) 864-3411
- ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

Par ATS : (Appareil de télécommunication pour personnes sourdes.)

- dans la région de Québec : (418) 682-3939
- ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

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

1800 *292* ***03/05***

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

Voir la REMARQUE à la page suivante

Remarque : Durant la période où le médecin spécialiste est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit indiquer sur la demande de remboursement la plage horaire durant laquelle le service a été rendu à la personne assurée.

Si le service est rendu entre 7 h et 17 h en semaine, sauf un jour férié, dans l'établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, les honoraires demandés doivent correspondre au supplément d'honoraires applicable pour le code d'acte concerné, selon la spécialité du médecin.

ANNEXE I
LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 :
Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique.

RÔLE 2 :
Anesthésiologiste.

RÔLE 3 :
Anesthésiologiste collaborateur.

RÔLE 4 :
Médecin assistant.

RÔLE 7 :
Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen.

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 4

Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » ou une chirurgie digestive est effectué lors d'une chirurgie oncologique, une chirurgie du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin », à la même séance qu'une chirurgie ou un acte diagnostique de la rubrique « Obstétrique-gynécologie » dont le tarif est le plus élevé . . . . . **MOD=050**

RÈGLE D'APPLICATION NO 19

Lorsqu'une échographie cardiaque est réclamée le même jour qu'une consultation en clinique externe . . . . . **MOD=072**

Nouvelle visite principale d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque. . . **MOD=048**

Lorsque le code d'acte 00176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service

OU

lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 08303, 08311 ou 08341 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services . . . . . **MOD=041**

RÈGLE D'APPLICATION NO 21

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe . . . . . **MOD=003**

RÈGLE D'APPLICATION NO 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer . . . . . **MOD=003**

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer . . . . . **MOD=178**

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutés lors d'une même séance . . . . . **MOD=050**

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous) . . . . . **MOD=017**
- En chirurgie plastique . . . . . **MOD=012**
- En anesthésiologie. . . . . **MOD=004**
- En anesthésiologie (suite de l'opération). . . . . **MOD=091**
- En médecine interne . . . . . **MOD=102**
- En pédiatrie . . . . . **MOD=132**
- En ophtalmologie . . . . . **MOD=155**
- En neurologie . . . . . **MOD=158**
- En obstétrique-gynécologie. . . . . **MOD=161**
- En chirurgie générale . . . . . **MOD=164**

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19h et minuit
- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous) . . . . . **MOD=018**
- En chirurgie plastique. . . . . **MOD=023**
- En anesthésiologie . . . . . **MOD=001**
- En anesthésiologie (suite de l'opération) . . . . . **MOD=090**
- En médecine interne. . . . . **MOD=103**
- En pédiatrie . . . . . **MOD=131**
- En ophtalmologie . . . . . **MOD=154**
- En neurologie . . . . . **MOD=157**
- En obstétrique-gynécologie . . . . . **MOD=160**
- En chirurgie générale . . . . . **MOD=163**

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés
- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous) . . . . . **MOD=019**
- En chirurgie plastique. . . . . **MOD=054**
- En anesthésiologie . . . . . **MOD=013**
- En anesthésiologie (suite de l'opération) . . . . . **MOD=092**
- En médecine interne. . . . . **MOD=104**
- En pédiatrie . . . . . **MOD=133**
- En ophtalmologie . . . . . **MOD=156**
- En neurologie . . . . . **MOD=159**
- En obstétrique-gynécologie . . . . . **MOD=162**
- En chirurgie générale . . . . . **MOD=165**

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Aucune majoration pour la suite de l'opération pour les soins d'urgence donnés en anesthésiologie entre 7 h et 19 h du lundi au vendredi . . . . . **MOD=098**

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Lorsqu'un service autre que les visites est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT. . . . . **MOD=033**

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Pour les soins rendus hors-discipline . . . . . **MOD=075**

RÈGLE 23 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques chez un enfant de moins de 2 ans (PG-23)
- En médecine et chirurgie . . . . . **MOD=060**
- En anesthésiologie (sauf le collaborateur R3) . . . . . **MOD=166**

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration d'honoraires en ophtalmologie pour les procédés diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les chirurgies, faits seuls sous anesthésie générale . . . . . **MOD=070**

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration des honoraires des procédés diagnostiques ou thérapeutiques, des chirurgies ainsi que des visites faits seuls, si exécutés sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération. **MOD-142**

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration des honoraires des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer **MOD-143**

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Majoration d'honoraires en urologie pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, faits seuls sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération . . . . . **MOD=167**

CONSULTATION ET EXAMEN

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

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

MÉDECINE D'URGENCE
Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence: (voir la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Week-end et les jours fériés, de 8h à minuit . . . . . **MOD=181**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h . . . . . **MOD=182**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit . . . . . **MOD=182**
- Lundi au vendredi, de 16h à minuit . . . . . **MOD=183**

MÉDECINE D'URGENCE
Majoration d'honoraires pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence: (voir la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Week-end et les jours fériés, de 7h à 19h . . . . . **MOD=184**

MÉDECINE D'URGENCE
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence:
(voir la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19h à minuit. . . . . **MOD=185**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7h. . . . . **MOD=186**

MÉDECINE D'URGENCE
Séjour différent à la salle d'urgence . . . . . **MOD=187**

Remarque : Le modificateur 187 s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES
Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels ou de fistules artério-veineuses . . . . . **MOD=016**

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

ANESTHÉSIOLOGIE

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8
Lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue . . . . . **MOD=047**
RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8
Médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique . . . . . **MOD=037**

RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8
Anesthésie entreprise par un médecin anesthésiologiste pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité . . . . . **MOD=034**

TABLEAU D'HONORAIRES
Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie . . **MOD=036**

CHIRURGIE

RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4
Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour . . . . . **MOD=179**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4
Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires . . . . . **MOD=024**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4
Le médecin qui donne les soins post-opératoires . . . . . **MOD=025**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4
Le médecin qui donne les soins post-opératoires lorsque le chirurgien est un consultant ou si la chirurgie a été pratiquée d .ans un autre centre hospitalier . . . . . **MOD=026**

RÈGLE 8 DE L'ADDENDUM 4
Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire . . . . . **MOD=050**

PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

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

APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

RÈGLE 2 DE L'ADDENDUM 5
Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant . . . . . **MOD=027**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5
S'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs . . . . . **MOD=010**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5
S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs **MOD=050**

RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5
Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes. . . . . **MOD=049**

RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5
Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation. . **MOD=029**

RÈGLE 3.3 DE L'ADDENDUM 5
Lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre . . . . . **MOD=134**

Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure). . . . . **MOD=150**

RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5
Pour le traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte. . . . . **MOD=039**

RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5
S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments. . . . . **MOD=020**

RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . . **MOD=030**

RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . . **MOD=064**

RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction . . . . . **MOD=169**

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5
Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée. . . . . **MOD=172**

TABLEAU D'HONORAIRES
Réductions ouvertes (fracture de la colonne)
S'il y a fracture avec lésion neurologique. . . . . **MOD=057**

TABLEAU D'HONORAIRES
Réductions ouvertes (fracture de la colonne)
Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente . . . . . **MOD=058**

TABLEAU DES HONORAIRES
Réductions ouvertes (fracture de la colonne)
Temps autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente. . . . . **MOD=059**

URINAIRE

Pour toutes les transplantations rénales, rémunération à 90 % de la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faites par une incision différente. . . . . **MOD=168**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en cabinet privé. . . . . **MOD=008**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Présence d'informations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée . . . . . **MOD=009**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en établissement. . . . . **MOD=021**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative . . . . . **MOD=074**

TABLEAU DES HONORAIRES
Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu si effectués chez un patient de moins de 5 ans . . . . . **MOD=066**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax . . . . . **MOD=071**

ANNEXE 10

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte)
Pédiatrie . . . . . **MOD=136**
Cardiologie . . . . . **MOD=138**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte) . . . . . .
Pédiatrie . . . . . **MOD=137**
Cardiologie . . . . . **MOD=139**

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit . . . . . **MOD=073**

Majoration des honoraires pour l'horaire de nuit qui s'étend de la période comprise entre minuit et 8 h ou entre minuit et 7 h (rémunération mixte). . **MOD=007**

ANNEXE 11

LETTRE D'ENTENTE A-47
Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse . . . . . **MOD=141**

LETTRE D'ENTENTE A-56
Honoraires correspondant à 50 % du tarif pour les services rendus en centre hospitalier sauf autrement prévu à la Lettre d'entente. . . . . **MOD=174**

LETTRE D'ENTENTE 151
Majoration d'honoraires de 20 % pour tous les services rendus au Centre hospitalier Honoré Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe . . . . . **MOD=173**

ANNEXE 15

Rémunération à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux et médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités . . . . . **MOD=042**

ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)

Lorsqu'un arbitrage médical ou une évaluation médicale n'a pas lieu, parce que le travailleur ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission (règle 14) . . . . . **MOD=032**

ANNEXES 27 ET 28

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte) **MOD=005**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte) . . . . . **MOD=006**

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit . . . . . **MOD=073**

ANNEXE 38

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et minuit, du lundi au vendredi **MOD=109**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3). . . . . **MOD=112**

Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours. . . . . **MOD=110**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3). . . . . **MOD=113**

Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et minuit, le week-end et les . . jours fériés. . . . . **MOD=111**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3). . . . . **MOD=114**

Pour les soins d'urgence, du lundi au vendredi de 7 h à 21 h (sauf un jour férié) pour la suite de l'opération . . . . . **MOD=115**

En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence) **MOD=116**

En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte . . . . . **MOD=130**

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 . . . **MOD=117**

Services énumérés aux modalités particulières du tableau de rémunération de l'obstétrique-gynécologie . . . . . **MOD=120**

ANNEXE 40

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence:
- Week-end et les jours fériés, de 8h à minuit . . . . . **MOD=181**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h . . . . . **MOD=182**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit . . . . . **MOD=182**
- Lundi au vendredi, de 16h à minuit . . . . . **MOD=183**

Majoration d'honoraires pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence:
- Week-end et les jours fériés, de 7h à 19h . . . . . **MOD=184**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence:
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19h à minuit. . . . . **MOD=185**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7h. . . . . **MOD=186**

Séjour différent à la salle d'urgence . . . . . **MOD=187**

Remarque : Le modificateur 187 s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

ANNEXE 40 (suite)

Services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19h et 7h, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé . . . . . **MOD=188**

Services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé . . . . . **MOD=189**

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 . . **MOD=121**

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents . . . . . **MOD=093**

Séances différentes . . . . . **MOD=094**

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

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

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

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	023 - 050	**204**	0,7500
	023 - 050 - 174	**327**	0,3750
	023 - 094	**521**	1,5000
	023 - 094 - 174	**324**	0,7500
	023 - 172	**580**	0,7500
	023 - 174	**575**	0,7500
	042 - 050	**205**	0,1000
	042 - 094	**206**	0,2000
	050 - 054	**207**	0,7500
	050 - 075	**087**	0,3750
	050 - 093	**086**	0,5000
	050 - 093 - 173	**319**	0,6000
	050 - 093 - 174	**321**	0,2500
	050 - 102	**228**	1,0000
	050 - 103	**230**	0,7500
	050 - 104	**232**	0,7500
	050 - 109	**239**	à calculer
	050 - 110	**240**	à calculer
	050 - 111	**241**	à calculer
	050 - 117	**248**	0,5000
#	**050 - 121**	**665**	0,5000
	050 - 131	**280**	0,8250
	050 - 132	**282**	1,1250
	050 - 133	**284**	0,8250
	050 - 154	**296**	0,7500
	050 - 155	**298**	1,0000
	050 - 156	**500**	0,7500
	050 - 157	**502**	0,7500
	050 - 158	**504**	1,0000
	050 - 159	**506**	0,7500
	050 - 160	**508**	0,7500
	050 - 161	**510**	1,0000
	050 - 162	**512**	0,7500
	050 - 163	**514**	0,8250
	050 - 164	**516**	1,1000
	050 - 165	**518**	0,8250
	050 - 174	**290**	0,2500

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
#	**050 - 181**	**667**	0,6666
#	**050 - 182**	**670**	0,7500
#	**050 - 183**	**673**	0,6666
#	**050 - 184**	**676**	0,6666
#	**050 - 185**	**679**	0,6666
#	**050 - 186**	**682**	0,7500
#	**050 - 188**	**687**	0,5000
#	**050 - 189**	**659**	0,5000
	054 - 094	**522**	1,5000
	054 - 172	**581**	0,7500
	093 - 102	**626**	2,0000
	093 - 103	**627**	1,5000
	093 - 104	**628**	1,5000
	093 - 094	**095**	1,0000
	093 - 109	**620**	à calculer
	093 - 110	**621**	à calculer
	093 - 111	**622**	à calculer
	093 - 169	**524**	+100,00 $ *(*)*
	093 - 172	**572**	0,5000
	093 - 174	**291**	0,5000
	093 - 178	**638**	1,0000
#	**093 - 181**	**668**	1,3333
#	**093 - 182**	**671**	1,5000
#	**093 - 183**	**674**	1,3333
#	**093 - 184**	**677**	1,3333
#	**093 - 185**	**680**	1,3333
#	**093 - 186**	**683**	1,5000
#	**093 - 188**	**688**	1,0000
#	**093 - 189**	**660**	1,0000
	094 - 104	**233**	1,5000
	094 - 109	**242**	à calculer
	094 - 110	**243**	à calculer
	094 - 111	**244**	à calculer
	094 - 117	**249**	1,0000
#	**094 - 121**	**666**	1,0000
	094 - 131	**281**	1,6500

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	094 - 132	**283**	2,2500
	094 - 133	**285**	1,6500
	094 - 136	**286**	1,5000
	094 - 137	**287**	1,5000
	094 - 138	**288**	1,3333
	094 - 139	**289**	1,3333
	094 - 154	**297**	1,5000
	094 - 155	**299**	2,0000
	094 - 156	**501**	1,5000
	094 - 157	**503**	1,5000
	094 - 158	**505**	2,0000
	094 - 159	**507**	1,5000
	094 - 160	**509**	1,5000
	094 - 161	**511**	2,0000
	094 - 162	**513**	1,5000
	094 - 163	**515**	1,6500
	094 - 164	**517**	2,2000
	094 - 165	**519**	1,6500
	094 - 169	**525**	+100,00 $ *(*)*
	094 - 172	**573**	0,5000
	094 - 174	**570**	0,5000
	094 - 178	**639**	1,0000
	094 - 179	**647**	1,0000
#	**094 - 181**	**669**	1,3333
#	**094 - 182**	**672**	1,5000
#	**094 - 183**	**675**	1,3333
#	**094 - 184**	**678**	1,3333
#	**094 - 185**	**681**	1,3333
#	**094 - 186**	**684**	1,5000
#	**094 - 188**	**689**	1,0000
#	**094 - 189**	**661**	1,0000
	102 - 172	**582**	1,0000
	103 - 172	**583**	0,7500
	104 - 172	**584**	0,7500
	109 - 117	**245**	à calculer
	109 - 134	**529**	à calculer

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	109 - 150	**538**	à calculer
	109 - 172	**591**	à calculer
	109 - 178	**643**	à calculer
	110 - 117	**246**	à calculer
	110 - 134	**530**	à calculer
	110 - 150	**539**	à calculer
	110 - 172	**592**	à calculer
	110 - 178	**644**	à calculer
	111 - 117	**247**	à calculer
	111 - 134	**531**	à calculer
	111 - 150	**540**	à calculer
	111 - 172	**593**	à calculer
	111 - 178	**645**	à calculer
	117 - 172	**594**	0,5000
#	**121 - 185**	**663**	1,3333
#	**121 - 186**	**664**	1,5000
	131 - 172	**585**	0,8250
	132 - 172	**586**	1,1250
	133 - 172	**587**	0,8250
	134 - 163	**532**	1,4850
	134 - 164	**533**	1,9800
	134 - 165	**534**	1,4850
	150 - 163	**541**	1,4850
	150 - 164	**542**	1,9800
	150 - 165	**543**	1,4850
	163 - 172	**588**	0,8250
	164 - 172	**589**	1,1000
	165 - 172	**590**	0,8250
#	**181 - 187**	**694**	1,3333
#	**182 - 187**	**695**	1,5000
#	**183 - 187**	**696**	1,3333
#	**184 - 189**	**656**	1,3333
#	**185 - 188**	**685**	1,3333
#	**185 - 189**	**657**	1,3333
#	**186 - 188**	**686**	1,5000
#	**186 - 189**	**658**	1,5000
	Autres combinaisons	**099**	à calculer

ANNEXE III
LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

A : Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire

B : Refacturation après annulation ou refus de paiement

C :
- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés,
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale

D : Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie

E : Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au per diem devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'Annexe 15)

F : Personne assurée sous télémétrie, traitée par un cardiologue en centre hospitalier, à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence

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

K : Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») composé de 6 chiffres qui doit être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

N :
- Demande d'honoraire additionnel (Voir la Règle 16 du Préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires

Q : Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour** au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « Q » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes. (Voir la section 3.2.7.1 Lettre « Q » - Exemples de facturation d'une suite de traitement, sous le présent onglet)

R : Personne assurée sous respirateur dans une unité de soins de néonatologie.

S : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST

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

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres situations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

ANNEXE IV
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I Le numéro d'établissement qui comprend généralement cinq chiffres, se compose comme suit :
- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement. (Exemple : 0 = Centre hospitalier)
- Les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement.
- Le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement. (Exemple : 1 = Clinique externe)

II Système de codification des établissements :

A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA « LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX »

• Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés :	0XXX0	Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc.
	0XXX1	Clinique externe
	0XXX2	Unité de soins gériatriques
	0XXX3	Unité de soins généraux et spécialisés
	0XXX4	Unité de soins de longue durée (soins prolongés)
	0XXX5	Unité de soins de longue durée (hébergement)
	0XXX6	Unité de soins coronariens ou de soins intensifs
	0XXX7	Clinique d'urgence
	0XXX8	Département de psychiatrie
	4XXX6	Unité de soins intensifs reconnus (annexe 29)
• Centres d'hébergement et de soins de longue durée :	0XXX4	CHSLD
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
• Centres de réadaptation	1XXX3	Centre de réadaptation
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
• Centres locaux de services communautaires:	9XXX2	C.L.S.C.
	8XXX5	Point de service de certains C.L.S.C.

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

• Centres hospitaliers :	0XXX9	Hors province
• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX	Radiologie générale
	*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*

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

LISTE DES LOCALITÉS

LISTE DES LOCALITÉS

3.5 RÉMUNÉRATION MAJORÉE

Depuis le 1er juin 2003, les médecins spécialistes en début de pratique ne sont plus assujettis à la rémunération progressive. La Lettre d'entente no 142 stipule que les services rendus à compter du 1er juin 2003 dans les anciens territoires A et B sont rémunérés selon le tarif de base prévu à l'Entente, soit à 100 %.

En application de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, les médecins spécialistes reçoivent une rémunération différente du tarif régulier dans le cadre du régime d'assurance maladie pour tous les services rendus dans certains territoires et ce, pour tous les modes de rémunération prévus.

Depuis le 1er octobre 2003, le médecin souhaitant bénéficier d'une majoration de la rémunération de base prévue aux articles 1.2.2, 1.3.1 ou 1.4.5 vi) de l'Annexe 19 (selon le tableau ci-contre), doit compléter **annuellement** une déclaration de territoire de pratique principale - Rémunération différente. Cette déclaration de pratique principale se fait à l'aide d'un formulaire disponible via les services en ligne.

Pour connaître les modalités d'inscription à ce service, veuillez consulter le communiqué no 088 daté du 2003/10/14 disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse http://www.ramq.gouv.qc.ca. Toutefois, le médecin n'ayant pas accès à Internet peut nous fournir les informations concernant sa déclaration de territoire de pratique principale par téléphone en communiquant avec l'Assistance aux professionnels.

Le médecin doit également informer la Régie sans délai de toute modification de son lieu d'exercice qui aurait pour effet de remettre en question le respect des conditions donnant droit à une majoration de la rémunération de base.

3.5.1 LISTE DES LOCALITÉS

La présente liste a été préparée pour faciliter la rédaction des demandes de paiement en application des dispositions relatives à la rémunération différente (voir **Brochure n° 1**) ou des demandes de remboursement des mesures incitatives (voir **Brochure n° 3**).

Il est à noter que les localités ayant plusieurs subdivisions (village, paroisse, etc.) ont été inscrites sous leur appellation générale. De plus, pour différencier les localités dont le nom est identique à celui d'une autre localité, le nom de leur municipalité régionale de comté respective a été indiqué entre parenthèses.

Le code de localité est composé de 5 chiffres.

Des explications concernant le chiffre placé après **le code de localité** sont fournies dans le tableau ci-après.

REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%) DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE	
Territoire de tarification	- Taux (%) de rémunération basé sur le taux de base (tarif régulier) - Tarif régulier = 100 %
0	- 100% pour tous les médecins
1	- 107 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 2, 3, 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 100 % pour les autres médecins.
2	- 115 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 3, 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 107 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 1. - 100 % pour les autres médecins.
3	- 125 % si le médecin remplit les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 120% pour les autres médecins.

REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%) DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE (suite)	
4	- 130% si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 125 % si le médecin remplit les conditions énoncées précédemment pour le territoire 3. - 120 % pour les autres médecins.
5	- 145 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou du territoire 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 145 % pour les services rendus au Centre de santé de Chibougamau. - 130 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 4. - 125 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 3. - 120 % pour les autres médecins.
6	- 145 % pour tous les services rendus dans ce territoire.
7	- 120% Labrador City (médecins du Québec) - 100% autres localités, hors-Québec

NOTE : Si un astérisque apparaît à côté du chiffre de la localité, cette localité fait partie des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (anciennement C*, D et E) ouvrant droit aux avantages prévus aux annexes 23, 25, 26, 32 et 33.

Localités	Codes	
Abercorn	63806	0
Acton Vale	64011	0
Adstock	62448	1
Aguanish	69704	6*
Akulivik	69870	6*
Akwesasne (Réserve indienne)	66881	0
Albanel	69049	4*
Alleyn-et-Cadwood	68022	4
Alma	69325	3*
Amherst	67559	0
Amos	68430	5*
Amqui	60514	4*
Ange-Gardien (Rouville)	65202	0
Angliers	68324	5*
Anjou	66552	0
Armagh	61512	0
Arntfield	68340	5*
Arundel	67436	0
Asbestos	63532	0
Ascot-Corner	63606	0
Aston-Jonction	63306	1
Auclair	60906	4*
Audet	62412	1
Aumond	67844	4*
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	6*
Austin	63812	0
Authier	68448	5*
Authier-Nord	68473	5*
Ayer's Cliff	63732	0
Baie-Atibenne (Maskinongé)	64794	0
Baie-Comeau	69733	5*
Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	64791	0
Baie-des-Chaloupes (Antoine-Labelle)	66192	4*
Baie-des-Sables	60628	4*
Baie-d'Hudson	69897	6*
Baie-du-Febvre	64220	1
Baie-d'Urfe	66519	0
Baie-James (sauf Joutel)	69802	6*
Baie-Johan-Beetz	69703	6*
Baie-Obaoca-Lac-Cabasta (Matawinie)	64396	0
Baie-Sainte-Catherine	69748	1
Baie-Saint-Paul	61212	1
Baie-Trinité	69721	5*
Barkmere	67434	0
Barnston-Ouest	63709	0
Barraute	68418	5*
Batiscan	63204	1
Beaconsfield	66518	0
Bearn	68306	5*
Beauceville	62340	1
Beauharnois	67006	0
Beaulac-Garthby	62624	1
Beaupré	61708	0
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces-Val-Barrette	67634	4*
Bécancour	63330	1
Bedford	65424	0
Bégin	69458	2
Belcourt	68411	5*
Bellecombe	68333	5*
Belle-Rivière (Lac Saint-Jean-Est)	69390	3*
Belleterre	68308	5*
Beloeil	65701	0
Berry	68477	5*
Berthier-sur-Mer	61422	1
Berthierville	64906	0
Béthanie	63926	0
Betsiamites (Réserve indienne)	69788	5*
Biencourt	60702	4*
Blainville	66308	0
Blanc-Sablon	69753	6*
Blue-Sea	67836	4*
Boisbriand	66312	0
Boischatel (La Côte-de-Beaupré)	61714	0
Bois-des-Filion	66306	0
Bois-Franc	67846	4*
Bolton-Est	63809	0
Bolton-Ouest	63816	0
Bonaventure	60419	5*
Bonne-Espérance	69755	6*
Bonsecours	63916	0
Boucher	63249	1
Boucherville	65612	0
Bouchette	67833	4*
Bowman	67558	1
Brébeuf	66378	0
Brigham	63824	0
Bristol	68006	4*
Brome	63819	0
Bromont	63830	0
Brossard	66610	0
Brownsburg-Chatham	67412	0
Bryson	68016	4*
Bury	62531	0
Cabano	60920	4*
Cacouna (Réserve indienne)	60881	3*
Cadillac	68407	5*
Calixa-Lavallée	65714	0
Campbell's Bay	68019	4*
Candiac	66612	0
Caniapiscau	69893	5*
Cantley	68001	1
Cap-Chat	60317	5*
Caplan	60422	5*
Cap-Saint-Ignace	61414	1
Cap-Santé	62919	0
Carignan	65602	0
Carleton-Sur-Mer	60435	5*
Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892	4*
Cascapédia	60428	5*
Causapscal	60506	4*
Cayamant	68026	4*

Chambly	65605	0
Chambord	69010	3*
Champlain	63205	1
Champneuf	68412	5*
Chandler	60209	5*
Chapais	69806	5*
Charette	64328	1
Charlemagne	66202	0
Charny	62126	0
Chartierville	62504	0
Châteauguay	66917	0
Château-Richer	61711	0
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	5*
Chelsea	67808	1
Cheneville	67551	1
Chertsey	66119	0
Chester-Est	63401	1
Chesterville	63405	1
Chibougamau	69804	5*
Chichester	68038	4*
Chicoutimi	69420	2
Chisasibi	69842	6*
Chute-aux-Outardes	69726	5*
Chute-des-Passes (Maria-Chapdelaine)	69099	4*
Chute-Saint-Philippe	67642	4*
Clarendon	68008	4*
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	5*
Clermont (Charlevoix-Est)	61109	1
Clerval	68458	5*
Cleveland	63526	0
Cloridorme	60248	5*
Cloutier	68325	5*
Coaticook	63711	0
Collines-du-Basque (Côte-de-Gaspé)	60398	5*
Colombier	69728	5*
Compton	62514	0
Contrecoeur	65725	0
Cookshire-Eaton	62523	0
Côteau-du-Lac	67107	0
Côte-Nord-du-Golfe-du-Saint-Laurent	69751	6*
Côte-Saint-Luc	66508	0
Coucoucache (Réserve indienne)	63281	4
Coulée-des-Adolphe (Denis-Riverin)	60699	5*
Courcelles	62439	1
Cowansville	65416	0
Crabtree	65808	0
D'Alembert	68440	5*
Danville	63531	0
Daveluyville	63449	1
Degelis	60901	4*
Deléage	67839	4*
Delisle	69330	3*
Delson	66616	0
Denholm	67819	4
Dépôt-Échouani (La Vallée-de-la-Gatineau)	64998	4
Desbiens	69311	3*
Deschaillons-sur-Saint-Laurent	62848	1
Deschambault-Grondines	62929	0
Destor	68443	5*
Deux-Montagnes	67304	0
Disraeli	62634	1
Dixville	63706	0
Dolbeau-Mistassini	69038	4*
Dollard-des-Ormeaux	66538	0
Doncaster	66381	0
Donnacona	62907	0
Dorval	66512	0
Dosquet	62814	1
Drummondville	64137	1
Dubuisson	68413	5*
Dudswell	62601	0
Duhamel (Papineau)	67552	1
Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303	5*
Dundee	66811	0
Dunham	65415	0
Duparquet	68442	5*
Dupuy	68464	5*
Durham-Sud	64110	1
East Angus	62534	0
East Broughton	62364	1
East Farnham	63826	0
East Hereford	62501	0
Eastmain	69838	6*
Eastman	63901	0
Egan-Sud	67841	4*
Elgin	66809	0
Entrelacs	66122	0
Escuminac	60439	5*
Esprit-Saint	60715	4*
Evain	68337	5*
Farnham	65434	0
Fassett	67501	1
Ferland-et-Boilleau	69405	2
Ferme-Neuve	67646	4*
Fermont	69761	5*
Forestville	69730	5*
Fort-Coulonge	68029	4*
Fortierville	62842	1
Fort-Rupert (Waskagheganish)	69834	6*
Fossambault-sur-le-Lac	62911	0
Franklin (Le Haut St-Laurent)	66807	0
Franquelin (Manicouagan)	69727	5*
Frelighsburg	65403	0
Frontenac	62404	1
Fugereville	68311	5*
Gallichan	68444	5*
Gaspé	60230	5*
Gatineau	67905	1
Girardville	69054	4*
Godbout	69722	5*
Godmanchester	66814	0
Gore	67419	0
Granby	63912	0
Grand-Calumet	68021	4*
Grande-Rivière	60213	5*

Grandes-Piles	63244	1
Grande-Vallée	60251	5*
Grand-Lac-Victoria (Vallée-de-L'Or)	68479	5*
Grand'Mère	63240	1
Grand-Métis	60634	4*
Grand-Remous	67849	4*
Grand-Saint-Esprit	63338	1
Greenfield Park	65619	0
Grenville	67416	0
Grenville-sur-la-Rouge	67418	0
Grosses-Roches	60614	4*
Guérin	68328	5*
Ham-Nord	62628	1
Hampden	62529	0
Hampstead	66528	0
Harrington	67426	0
Hatley	63726	0
Havelock	66804	0
Havre-Saint-Pierre	69706	5*
Hébertville	69303	3*
Hébertville-Station	69304	3*
Hemmingford	66802	0
Henryville	65302	0
Hérouxville	63232	1
Hinchinbrooke	66808	0
Honfleur	61518	0
Hope	60409	5*
Hope Town	60411	5*
Hors-Québec	60000	7
Howick	66922	0
Huberdeau	67438	0
Hudson	67227	0
Hunters Point	68386	5*
Huntingdon	66816	0
Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850	6*
Inverness	62729	1
Irlande	62724	1
Ivujivik	69877	6*
Joliette	65815	0
Jonquière	69425	2
Kahnawake (Réserve indienne)	66681	0
Kamouraska	61031	3*
Kanesatake (Réserve indienne)	67381	0
Kangiqsualujjuaq (Baie d'Ungava)	69855	6*
Kangiqsujuaq (Baie d'Ungava)	69872	6*
Kangirsuk (Baie d'Ungava)	69866	6*
Kawawachikamach	69843	6*
Kazabazua	67824	4
Kebaowek (Réserve indienne)	68383	5*
Kiamika	67624	4*
Kingsbury	63518	0
Kingsey (Drummond)	64104	1
Kingsey Falls (Arthabaska)	64102	1
Kinnear's Mills	62718	1
Kipawa	68310	5*
Kirkland	66516	0
Kuujjuaq (Baie-d'Ungava)	69860	6*
Kuujjuarapik (Baie d'Hudson)	69846	6*
L'Ancienne-Lorette	62041	0
L'Ange-Gardien (La Côte-de-Beaupré)	61712	0
L'Ange-Gardien (Papineau)	67530	1
L'Anse-Saint-Jean	69402	2
L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628	4*
L'Ascension-de-Notre-Seigneur (Lac Saint-Jean-Est)	69334	3*
L'Ascension-de-Patapédia (Avignon)	60453	5*
L'Assomption	66214	0
L'Avenir	64113	1
L'Épiphanie	66219	0
L'Île-Bizard	66544	0
L'Île-Cadieux	67211	0
L'Île-d'Anticosti	69701	6*
L'Île-d'Orléans	61605	0
L'Île-Dorval	66511	0
L'Île-Perrot	67206	0
L'Isle-aux-Allumettes	68034	4*
L'Isle-aux-Coudres	61201	1
L'Islet	61319	1
L'Isle-Verte	60826	3*
La Baie	69410	2
La Conception	67601	0
La Corne	68420	5*
La Doré	69042	3*
La Durantaye	61524	0
La Guadeloupe	62446	1
La Malbaie	61114	1
La Martre	60309	5*
La Minerve	67609	0
La Morandière	68450	5*
La Motte	68421	5*
La Patrie	62522	0
La Pêche	67813	1
La Pocatière	61038	3*
La Prairie	66608	0
La Présentation	65119	0
La Rédemption	60529	4*
La Reine	68467	5*
La Romaine (Réserve indienne)	69781	6*
La Sarre	68463	5*
La Trinité-des-Monts	60713	4*
La Tuque	63270	4*
La Visitation-de-l'Île-Dupas	64902	0
La Visitation-de-Yamaska	64208	1
Labelle	67607	0
Labrador City	69700	7
Labrecque	69459	3*
Lac-Achouakan (Lac Saint-Jean Est)	69493	3
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle)	64397	4*
Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	4*
Lac-à-la-Tortue	63236	1
Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	4*
Lac-Ashuapmushuan (Lac Saint-Jean Ouest)	69091	3*
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	5*
Lac-au-Saumon	60512	4*

Lac-aux-Sables 62966 1
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle) 64797 4*
Lac-Beauport (La Jacques-Cartier) 62042 0
Lac-Blanc (Portneuf) 62096 0
Lac-Boisbouscache (Les Basques) 60798 4*
Lac-Bouchette 69003 3*
Lac-Boulé (Mékinac) 64793 1
Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or) 66198 5*
Lac-Brome 63820 0
Lac-Casault (La Matapédia) 60591 4*
Lac-Chicobi (Abitibi) 68488 5*
Lac-Croche (La Jacques-Cartier) 62095 0
Lac-de la Bidière (Berthier) 64993 4*
Lac-Delage 62052 0
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine-Labelle) 65892 4*
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle) 64795 4*
Lac-des-Aigles 60714 4*
Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie) 63299 1*
Lac-des-Dix-Milles (Matawinie) 66190 0
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis) 60793 4*
Lac-Despinassy (Abitibi) 68495 5*
Lac-des-Plages 67561 1
Lac-des-Seize-Îles 67431 0
Lac-Devenyns (Matawinie) 64395 0
Lac-Douaire (Montcalm) 66196 4*
Lac-Drolet 62426 1
Lac-du-Cerf 67611 4*
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest) 68499 5*
Lac-du-Taureau (Matawinie) 64997 0
Lac-Ernest (Antoine-Labelle) 67693 4*
Lac-Etchemin 62214 1
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or) 68496 5*
Lac-Frontière 61401 1
Lac-Granet (Temiscaming) 68390 5*
Lac-Huron (Rimouski-Neigette) 60795 4*
Lac-Jacques-Cartier 61798 0
Lac-Jerôme (Côte-Nord-du-Golfe-du-Saint-Laurent) 69793 5*
Lac-Juillet (Sept-Rivières-Caniapiscau) 69891 5*
Lac-Kénogami 69416 2
Lac-Lapeyrere (Portneuf) 63291 0
Lac-Lengendre (Matawinie) 65890 0
Lac-Lenotre (La Vallée-de-la-Gatineau) 66197 4
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle) 67891 4*
Lac-Masketsi (Mékinac) 63292 1*
Lac-Matapédia 60597 4*
Lac-Matawin (Matawinie) 64992 0
Lac-Mégantic 62406 1
Lac-Minaki (Matawinie) 64392 0
Lac-Ministuk 69492 2
Lac-Moncouche (Lac Saint-Jean Est) 61799 3
Lac-Montanier (Rouyn-Noranda) 68494 5*
Lac-Moselle (La Vallée-de-la-Gatineau) 65895 4
Lac-Nilgaut (Pontiac) 68091 4*
Lac-Nominingue 67620 4*
Lac-Normand (Mékinac) 63298 1*
Lac-Oscar (Antoine-Labelle) 65893 4*
Lac-Pikauba (Charlevoix) 61298 1
Lac-Poulin 62331 1
Lac-Pythonga (La Vallée-de-la-Gatineau) 68090 4*
Lac-Rapide (Réserve indienne) 68081 4*
Lac-Saguay 67631 4*
Lac-Sainte-Marie 67822 4
Lac-Saint-Joseph 62912 0
Lac-Saint-Paul 67648 4*
Lac-Santé (Montcalm) 66194 0
Lac-Sergent 62939 0
Lac-Simon (Papineau) 67549 1
Lac-Simon (Réserve indienne) 68481 5*
Lac-Supérieur 66368 0
Lac-Surimau (Rouyn-Noranda) 68487 5*
Lac-Vacher (Sept-Rivières-Caniapiscau) 69892 5*
Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle) ... 64398 4*
Lac-Walker (Sept-Rivières-Caniapiscau) 69795 5*
Lac-Wapizagonke (Le-Centre-de-la-Mauricie) 64390 1
Lachine 66506 0
Lachute 67407 0
Lacolle 65502 0
Laforce 68312 5*
Lalemant 69490 2
Lamarche 69461 3
Lambton 62443 1
Landrienne 68419 5*
Lanoraie 64908 0
Laniel et les Lacs du Témiscamingue 68393 5
Lantier 66359 0
Larouche 69432 2
Lasalle 66502 0
Laterrière 69413 2
Latulipe-et-Gaboury 68309 5*
Launay 68434 5*
Laurier-Station 62826 1
Laurierville 62746 1
Laval 66424 0
Lavaltrie 64912 0
Laverlochère 68318 5*
Lawrenceville 63919 0
Le Bic 60750 4*
Lebel-sur-Quévillon 69809 5*
Leclercville 62836 1
Lefebvre 64118 1
Lejeune (Témiscouata) 60931 4*
Lemieux 63311 1
Lemoyne 65621 0
Lery 66912 0
Les Bergeronnes 69741 5*
Les Cèdres 67105 0
Les Coteaux 67116 0
Les Éboulements 61208 1

Les Escoumins	69738	5*
Les Îles-de-la-Madeleine	60103	5*
Les Méchins	60603	4*
Leslie-Clapham-et-Huddersfield	68024	4*
Lévis	62119	0
Lingwick	62536	0
Linton (Portneuf)	62996	0
Listuguj (Restigouche)	60482	5*
Litchfield	68014	4*
Lochaber	67511	1
Lochaber-Partie-Ouest	67514	1
Longue-Pointe	69705	5*
Longueuil	65615	0
Lorraine	66304	0
Lorrainville	68316	5*
Lotbinière	62855	1
Louiseville	64702	1
Low	67821	4
Lyster	62753	1
Macamic	68451	5*
Maddington	63446	1
Magog	63736	0
Malartic	68405	5*
Maliotenam (Réserve indienne)	69786	5*
Maniwaki	67842	4*
Manouane (Réserve indienne)	64781	0
Manseau	63309	1
Mansfield-et-Pontefract	68028	4*
Maple Grove	67008	0
Maria	60429	5*
Maricourt (Le Val-Saint-François)	63934	0
Marieville	65212	0
Marsoui	60311	5*
Marston	62411	1
Martinville	62512	0
Mascouche	66208	0
Mashteuiatsh (Réserve indienne)	69081	3*
Maskinongé	64706	1
Massueville	65004	1
Matagami et Joutel	69811	5*
Matane	60608	4*
Matapédia	60448	5*
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492	5*
Matimekosh–Lac John (Rés. ind.)	69882	5*
Mayo	67531	1
McMasterville	65704	0
McWatters	68323	5*
Melbourne	63516	0
Melocheville	67009	0
Mercier	66916	0
Messines	67838	4*
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	69310	3*
Métis-sur-Mer	60629	4*
Milan	62418	1
Mille-Isles	67421	0
Mingan (Réserve indienne)	69784	5*
Mirabel	67325	0
Mistissini	69825	6*
Moffet	68321	5*
Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399	5*
Mont-Alexandre (Pabok)	60298	5*
Mont-Apica (Lac Saint-Jean Est)	61299	3
Montbeillard	68339	5*
Montcalm	67432	0
Mont-Carmel	61006	3*
Montcerf-Lytton	67848	4*
Montebello	67504	1
Mont-Élie (Charlevoix Est)	61190	1
Mont-Joli	60721	4*
Mont-Laurier	67640	4*
Mont-Lebel	60728	4*
Montmagny	61417	1
Montpellier	67554	1
Montréal	66546	0
Montréal-Est	66556	0
Montréal-Nord	66554	0
Montréal-Ouest	66504	0
Mont-Royal	66531	0
Mont-Saint-Grégoire	65314	0
Mont-Saint-Hilaire	65227	0
Mont-Saint-Michel	67649	4*
Mont-Saint-Pierre	60306	5*
Mont-Tremblant	66374	0
Mont-Valin	69495	2
Morin-Heights	67428	0
Mulgrave-et-Derry	67539	1
Murdochville	60301	5*
Namur	67545	1
Nantes	62416	1
Napierville	66702	0
Natashquan	69702	6*
Nedelec	68329	5*
Nemiscau (Nemaska)	69830	6*
Neuville	62904	0
New Carlisle	60418	5*
New Richmond	60426	5*
Nicolet	63364	1
Norbertville	63416	1
Normandin	69045	4*
Normetal	68474	5*
North Hatley	63729	0
Notre-Dame-Auxiliatrice-de-Buckland	61508	0
Notre-Dame-de-Bon-Secours-Partie-Nord (Papineau)	67502	1
Notre-Dame-de-Ham	62629	1
Notre-Dame-de-la-Merci	66124	0
Notre-Dame-de-la-Paix	67524	1
Notre-Dame-de-la-Salette	67535	1
Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	67203	0
Notre-Dame-de-Lorette	69058	4*
Notre-dame-de-Lourdes (Joliette)	65818	0
Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable)	62751	1
Notre-Dame-de-Montauban	62963	1
Notre-Dame-de-Pontmain	67612	4*
Notre-Dame-des-Bois	62402	1
Notre-Dame-des-Monts	61119	1
Notre-Dame-des-Neiges-des-Trois-Pistoles	60819	4*
Notre-Dame-des-Pins	62334	1

Notre-Dame-des-Prairies	65816	0
Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838	3*
Notre-Dame-de-Stanbridge	65431	0
Notre-Dame-du-Bon-Conseil	64124	1
Notre-Dame-du-Lac	60910	4*
Notre-Dame-du-Laus	67602	4*
Notre-Dame-du-Mont-Carmel	63228	1
Notre-Dame-du-Nord	68326	5*
Notre-Dame-du-Portage	60836	3*
Notre-Dame-du-Rosaire	61411	1
Notre-Dame-du-Sacré-Coeur-d'Issoudun	62832	1
Nouvelle	60438	5*
Noyan	65412	0
Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice	68491	6*
Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	6*
Odanak	64281	1
Ogden	63719	0
Oka	67311	0
Orford	63614	0
Ormstown	66926	0
Otterburn Park	65224	0
Outremont	66529	0
Packington	60902	4*
Padoue	60541	4*
Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	5*
Palmarolle	68454	5*
Papineauville	67508	1
Parent	63272	6*
Parisville	62844	1
Paspébiac	60412	5*
Percé	60220	5*
Péribonka	69026	4*
Petite-Rivière-Saint-François	61214	1
Petite-Vallée	60249	5*
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska)	61094	3*
Petit-Mécatina (Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent)	69791	5*
Petit-Saguenay	69401	2
Picard (Kamouraska)	61092	3*
Piedmont	66336	0
Pierrefonds	66542	0
Pierreville	64222	1
Pikogan (Réserve indienne)	68484	5*
Pincourt	67208	0
Pintendre	62111	0
Piopolis	62408	1
Plaisance	67509	1
Plessisville	62749	1
Pohénégamook	61003	4*
Pointe-à-la-Croix	60443	5*
Pointe-au-Père	60736	4*
Pointe-aux-Outardes	69725	5*
Pointe-Calumet	67309	0
Pointe-Claire	66514	0
Pointe-des-Cascades	67104	0
Pointe-Fortune	67234	0
Pointe-Lebel	69723	5*
Ponsonby	67544	1
Pontiac	68003	4
Pont-Rouge	62918	0
Portage-du-Fort	68018	4*
Port-Cartier	69717	5*
Port-Daniel-Gascons	60401	5*
Portneuf	62924	0
Portneuf-sur-Mer	69732	5*
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo)	69845	6*
Potton	63801	0
Poularies	68439	5*
Preissac	68427	5*
Prévost	66335	0
Price	60636	4*
Princeville	63428	1
Puvirnituq (Baie-d'Hudson)	69895	6*
Quaqtaq (Baie d'Ungava)	69868	6*
Québec	62014	0
Racine	63921	0
Ragueneau	69724	5*
Rapide-Danseur	68447	5*
Rapides-des-Cèdres (Rouyn-Noranda)	68391	5*
Rapides-des-Joachims	68041	4*
Rawdon	66116	0
Rémigny	68330	5*
Repentigny	66206	0
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	5*
Richelieu	65216	0
Richmond	63528	0
Rigaud	67232	0
Rimouski	60739	4*
Ripon	67538	1
Ristigouche-Partie-Sud-Est	60444	5*
Rivière-à-Claude	60308	5*
Rivière-à-Pierre	62959	0
Rivière-au-Tonnerre	69708	5*
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan)	69796	5*
Rivière-Beaudette	67119	0
Rivière-Bleue	60915	4*
Rivière-Bonaventure	60495	5*
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	4*
Rivière-de-la-Savane (Mékinac)	64393	1
Rivière-du-Loup	60834	3*
Rivière-Éternité	69403	2
Rivière-Heva	68417	5*
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	6*
Rivière-Mistassini (Maria-Chapdelaine)	69093	4*
Rivière-Mouchalagane (Sept-Rivières-Caniapiscau)	69799	5*
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières-Caniapiscau)	69794	5*
Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	5*
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest)	68489	5*
Rivière-Ouelle	61034	3*
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia)	60792	4*
Rivière-Rouge	67618	4*

Rivière-Saint-Jean 69707 5*
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé) 60299 5*
Rivière-Vaseuse 60592 4*
Rivière-Windigo (Le Haut-Saint-Maurice)..... 63297 6*
Roberval 69013 3*
Rochebaucourt 68453 5*
Rollet 68327 5*
Roquemaure 68446 5*
Rosemère..... 66311 0
Rougemont 65218 0
Routhierville (La Matapédia)..... 60494 4*
Rouyn-Noranda 68338 5*
Roxboro 66539 0
Roxton..... 63936 0
Roxton Falls 63938 0
Roxton Pond 63931 0
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia) 60697 4*
Ruisseau-Ferguson (Avignon) 60497 5*
Sacré-Cœur (La Haute-Côte-Nord) . 69743 5*
Sacré-Coeur-de-Jésus (L'Amiante).. 62362 1
Sagard (Charlevoix-Est)..... 69798 1
Saint-Adalbert..... 61304 1
Saint-Adelme 60606 4*
Saint-Adelphe 63222 1
Saint-Adolphe-d'Howard 67429 0
Saint-Adrien (Asbestos)..... 62619 0
Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante)... 62722 1
Saint-Agapit 62823 1
Saint-Aimé (Le Bas Richelieu) 65002 1
Saint-Aimé-des-Lacs (Charlevoix-Est)..... 61121 1
Saint-Alban 62948 0
Saint-Albert de Warwick 63432 1
Saint-Alexandre (Le Haut-Richelieu) 65308 0
Saint-Alexandre (Kamouraska)..... 61011 3*
Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia) 60510 4*
Saint-Alexis (Montcalm)..... 66108 0
Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon) 60449 5*
Saint-Alexis-des-Monts (Maskinongé)..... 64723 1
Saint-Alfred 62342 1
Saint-Alphonse (Bonaventure)..... 60424 5*
Saint-Alphonse (La Haute-Yamaska) 63914 0
Saint-Alphonse-Rodriguez (Matawinie) 65832 0
Saint-Amable 65709 0
Saint-Ambroise 69453 2
Saint-Ambroise-de-Kildare 65826 0
Saint-Anaclet-de-Lessard 60724 4*
Saint-André (Kamouraska) 61024 3*
Saint-André-Avellin 67528 1
Saint-André-Carillon 67402 0
Saint-André-de-Restigouche 60446 5*
Saint-André-du-Lac-Saint-Jean 69005 3*
Saint-Anicet 66818 0
Saint-Anselme..... 62239 0
Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues.... 61424 1
Saint-Antoine-de-Tilly..... 62849 1
Saint-Antoine-sur-Richelieu 65720 0
Saint-Antonin 60818 3*
Saint-Apollinaire..... 62833 1
Saint-Armand..... 65404 0
Saint-Arsene 60828 3*
Saint-Athanase (Témiscouata) 61002 4*
Saint-Aubert..... 61318 1
Saint-Augustin (Maria-Chapdelaine) 69028 4*
Saint-Augustin-de-Desmaures 62901 0
Saint-Augustin-de-Woburn 62401 1
Saint-Barnabé (Maskinongé)..... 64316 1
Saint-Barnabé-Sud (Les Maskoutains) 65128 0
Saint-Barthelemy 64914 0
Saint-Basile..... 62921 0
Saint-Basile-le-Grand 65601 0
Saint-Benjamin..... 62209 1
Saint-Benoît-du-Lac..... 63808 0
Saint-Benoît-Labre..... 62329 1
Saint-Bernard (La Nouvelle-Beauce) 62234 1
Saint-Bernard-de-Lacolle 65504 0
Saint-Bernard-Partie-Sud (Les Maskoutains) 65131 0
Saint-Blaise..... 65509 0
Saint-Bonaventure 64202 1
Saint-Boniface-de-Shawinigan 64326 1
Saint-Bruno (Lac Saint-Jean-Est) 69313 3*
Saint-Bruno-de-Guigues..... 68319 5*
Saint-Bruno-de-Kamouraska 61004 3*
Saint-Bruno-de-Montarville..... 65608 0
Saint-Calixte..... 66118 0
Saint-Camille (Asbestos) 62606 0
Saint-Camille-de-Lellis (Les Etchemins)..... 61501 1
Saint-Casimir 62950 0
Saint-Célestin..... 63334 1
Saint-Césaire 65208 0
Saint-Charles (Bellechasse) 61528 0
Saint-Charles-Borromée (Joliette) ... 65811 0
Saint-Charles-de-Bourget..... 69454 2
Saint-Charles-de-Mandeville 64926 0
Saint-Charles-Garnier..... 60703 4*
Saint-Charles-sur-Richelieu 65122 0
Saint-Christophe-d'Arthabaska 63418 1
Saint-Chrysostome 66904 0
Saint-Claude 63524 0
Saint-Clément 60808 4*
Saint-Cléophas (D'Autray)..... 65819 0
Saint-Cléophas (La Matapédia)..... 60528 4*
Saint-Clet 67110 0
Saint-Colomban 67334 0
Saint-Côme (Matawinie) 65836 0
Saint-Côme-Linière 62311 1
Saint-Constant 66614 0
Saint-Cuthbert 64918 0
Saint-Cyprien (Les Etchemins)..... 62201 1

Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup) 60802 3*
Saint-Cyprien-de-Napierville 66701 0
Saint-Cyrille-de-Lessard 61314 1
Saint-Cyrille-de-Wendover 64128 1
Saint-Damase 65102 0
Saint-Damase (Matapédia) 60539 4*
Saint-Damase-de-l'Islet 61312 1
Saint-Damien (Matawinie) 64928 0
Saint-Damien-de-Buckland 61509 0
Saint-David (Le Bas-Richelieu) 64214 1
Saint-David-de-Falardeau 69446 2
Saint-Denis (Kamouraska) 61032 3*
Saint-Denis-de-Brompton 63504 0
Saint-Denis-sur-Richelieu 65126 0
Saint-Didace 64721 0
Saint-Dominique (Les Maskoutains) 64005 0
Saint-Dominique-du-Rosaire 68433 5*
Saint-Donat (La Mitis) 60722 4*
Saint-Donat (Matawinie) 66126 0
Saint-Edmond-les-Plaines 69051 4*
Saint-Edmond-de-Grantham 64141 1
Saint-Édouard (Les Jardins-de-Napierville) 66706 0
Saint-Édouard-de-Fabre 68302 5*
Saint-Édouard-de-Frampton 62222 1
Saint-Édouard-de-Lotbinière 62834 1
Saint-Édouard-de-Maskinongé 64719 1
Saint-Élie-De-Caxton 64332 1
Saint-Éloi (Les Basques) 60822 4*
Saint-Elphège (Nicolet-Yamaska) 64211 1
Saint-Elzéar (Bonaventure) 60416 5*
Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce) .. 62379 1
Saint-Elzéar (Témiscouata) 60924 4*
Saint-Émile-de-Suffolk 67546 1
Saint-Éphrem-de-Beauce 62348 1
Saint-Épiphane (Rivière-du-Loup) ... 60814 3*
Saint-Esprit (Montcalm) 66111 0
Saint-Étienne-de-Beauharnois 67001 0
Saint-Étienne-de-Beaumont 61534 0
Saint-Étienne-de-Bolton 63814 0
Saint-Étienne-de-Lauzon 62116 0
Saint-Étienne-des-Grès 64314 1
Saint-Eugène (Drummond) 64142 1
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine) . 69056 4*
Saint-Eugène-de-Guigues 68322 5*
Saint-Eugène-de-Ladrière 60753 4*
Saint-Eusèbe (Témiscouata) 60912 4*
Saint-Eustache 67303 0
Saint-Évariste-de-Forsyth 62444 1
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette) 60751 4*
Saint-Fabien-de-Panet 61406 1
Saint-Faustin-Lac-Carré 66369 0
Saint-Félicien 69023 3*
Saint-Félix-de-Dalquier 68431 5*
Saint-Félix-de-Valois 65821 0
Saint-Félix-d'Otis 69404 2
Saint-Ferdinand 62736 1
Saint-Ferréol-les-Neiges 61704 0
Saint-Flavien (Lotbinière) 62828 1
Saint-Fortunat 62638 1
Saint-François-d'Assise (Avignon) ... 60451 5*
Saint-François-de-la-Rivière-du-Sud 61421 1
Saint-François-de-Sales 69008 3*
Saint-François-du-Lac 64228 1
Saint-François-Xavier-de-Brompton . 63512 0
Saint-François-Xavier-de-Viger 60809 3
Saint-François-Xavier-des-Hauteurs. 60701 4*
Saint-Frédéric (Robert-Cliche) 62359 1
Saint-Fulgence 69437 2
Saint-Gabriel (D'Autray) 64924 0
Saint-Gabriel (La Mitis) 60709 4*
Saint-Gabriel-de-Brandon 64922 0
Saint-Gabriel-de-Valcartier 62055 0
Saint-Gabriel-Lalemant 61008 3*
Saint-Gédéon-de-Beauce 62429 1
Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est) .. 69317 3*
Saint-Georges 62322 1
Saint-Georges (Le Centre-de-la-Mauricie) 63239 1
Saint-Georges-de-Cacouna 60831 3*
Saint-Georges-de-Clarenceville 65408 0
Saint-Georges-de-Windsor 63522 0
Saint-Gérard-des-Laurentides 64329 1
Saint-Gérard-Majella (Le Bas-Richelieu) 64229 1
Saint-Germain (Kamouraska) 61028 3*
Saint-Germain-de-Grantham 64139 1
Saint-Gervais (Bellechasse) 61522 0
Saint-Gilbert (Portneuf) 62931 0
Saint-Gilles (Lotbinière) 62812 1
Saint-Godefroi (Bonaventure) 60408 5*
Saint-Guillaume (Drummond) 64206 1
Saint-Guillaume-Nord (Matawinie) ... 65891 0
Saint-Guy (Les Basques) 60716 4*
Saint-Henri 62103 0
Saint-Henri-de-Taillon 69332 3*
Saint-Herménégilde 63705 0
Saint-Hilaire-de-Dorset 62431 1
Saint-Hilarion 61216 1
Saint-Hippolyte 66331 0
Saint-Honoré 69443 2
Saint-Honoré (Témiscouata) 60929 4*
Saint-Honoré-de-Shenley 62326 1
Saint-Hubert (Champlain) 65610 0
Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) 60804 3*
Saint-Hugues (Les Maskoutains) 64030 0
Saint-Hyacinthe 65110 0
Saint-Ignace-de-Loyola 64901 0
Saint-Ignace-de-Stanbridge 65429 0
Saint-Irénée (Charlevoix-Est) 61116 1
Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce) . 62242 1
Saint-Isidore (Roussillon) 66618 0
Saint-Isidore-de-Clifton 62509 0
Saint-Jacques (Montcalm) 66106 0
Saint-Jacques-de-Leeds 62716 1
Saint-Jacques-le-Majeur-de-Wolfestown 62636 1
Saint-Jacques-le-Mineur 66601 0
Saint-Janvier-de-Joly 62816 1

Saint-Jean-Baptiste (Rouville) 65221 0
Saint-Jean-Chrysostome (Chutes-de-la-Chaudière)..... 62112 0
Saint-Jean-de-Brébeuf (L'Amiante) . 62719 1
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane). 60604 4*
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) . 60806 4*
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata)..... 60903 4*
Saint-Jean-de-Matha 65829 0
Saint-Jean-des-Piles 63246 1
Saint-Jean-Iberville 65514 0
Saint-Jean-Port-Joli..... 61322 1
Saint-Jérôme..... 66328 0
Saint-Joachim (La Côte-de-Beaupré)..... 61702 0
Saint-Joachim-de-Shefford 63928 0
Saint-Joseph-de-Beauce 62354 1
Saint-Joseph-de-Cléricy 68435 5*
Saint-Joseph-de-Coleraine 62711 1
Saint-Joseph-de-Ham-Sud 62618 0
Saint-Joseph-de-Kamouraska 61012 3*
Saint-Joseph-de-la-Pointe-de-Lévy . 62108 0
Saint-Joseph-de-Lepage 60718 4*
Saint-Joseph-des-Érables 62356 1
Saint-Joseph-de-Sorel 65019 1
Saint-Joseph-du-Lac 67308 0
Saint-Jude (Les Maskoutains) 65129 0
Saint-Jules (Robert-Cliche)..... 62358 1
Saint-Julien (L'Amiante) 62639 1
Saint-Just-de-Bretenières 61402 1
Saint-Juste-du-Lac 60908 4*
Saint-Justin (Maskinongé) 64711 1
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest)..... 68469 5*
Saint-Lambert (Champlain) 65623 0
Saint-Lambert-de-Lauzon..... 62106 0
Saint-Laurent (CUM) 66534 0
Saint-Lazare (Bellechasse)..... 61516 0
Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges) 67218 0
Saint-Léandre (Matane) 60609 4*
Saint-Léonard (CUM)..... 66551 0
Saint-Léonard-d'Aston 63321 1
Saint-Léonard-de-Portneuf 62942 0
Saint-Léon-de-Standon..... 62218 0
Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé) . 64708 1
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia).... 60518 4*
Saint-Liboire (Les Maskoutains) 64018 0
Saint-Liguori (Montcalm) 66102 0
Saint-Lin-Laurentides..... 66226 0
Saint-Louis (Les Maskoutains)..... 65006 0
Saint-Louis-de-Blandford..... 63444 1
Saint-Louis-de-Gonzague (Beauharnois-Salaberry)..... 67002 0
Saint-Louis-de-Gonzague (Les Etchemins)..... 62202 1
Saint-Louis-de-Gonzague-du-Cap-Tourmente 61703 0
Saint-Louis-du-Ha! Ha!..... 60922 4*
Saint-Luc (Les Etchemins)..... 62211 1
Saint-Luc-de-Vincennes 63215 1
Saint-Lucien (Drummond) 64111 1
Saint-Ludger (Le Granit)..... 62422 1
Saint-Ludger-de-Milot 69029 3*
Saint-Magloire-de-Bellechasse (Les Etchemins)..... 61502 1
Saint-Majorique-de-Grantham 64136 1
Saint-Malachie (Bellechasse)..... 62221 0
Saint-Malo (Coaticook) 62506 0
Saint-Marc-de-Figuery..... 68422 5*
Saint-Marc-des-Carrières 62932 0
Saint-Marc-du-Lac-Long 60904 4*
Saint-Marcel (L'Islet) 61309 1
Saint-Marcel-de-Richelieu 65001 0
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) 60711 4*
Saint-Marc-sur-Richelieu 65708 0
Saint-Martin (Beauce-Sartigan) 62314 1
Saint-Mathias-sur-Richelieu 65222 0
Saint-Mathieu (Abitibi) 68428 5*
Saint-Mathieu (Roussillon) 66604 0
Saint-Mathieu-de-Beloeil 65702 0
Saint-Mathieu-de-Rioux 60752 4*
Saint-Mathieu-du-Parc 64331 1
Saint-Maurice..... 63216 1
Saint-Maxime-du-Mont-Louis..... 60304 5*
Saint-Médard (Les Basques)..... 60729 4*
Saint-Michel (Bellechasse)..... 61532 0
Saint-Michel (Les Jardins-de-Napierville)..... 66708 0
Saint-Michel-des-Saints..... 64932 0
Saint-Michel-du-Squatec 60918 4*
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) 60816 3*
Saint-Moise (La Matapédia) 60534 4*
Saint-Narcisse 63226 1
Saint-Narcisse-de-Beaurivage 62811 1
Saint-Narcisse-de-Rimouski 60712 4*
Saint-Nazaire (Lac Saint-Jean-Est).. 69456 3*
Saint-Nazaire-d'Acton..... 64024 0
Saint-Nazaire-de-Dorchester..... 62219 0
Saint-Nérée (Bellechasse)..... 61514 0
Saint-Nicolas..... 62128 0
Saint-Noël (La Matapédia)..... 60536 4*
Saint-Norbert (D'Autray) 64919 0
Saint-Norbert-d'Arthabaska..... 63414 1
Saint-Norbert-de-Montbrun 68437 5*
Saint-Octave-de-Métis..... 60631 4*
Saint-Odilon-de-Cranbourne 62216 1
Saint-Omer (L'Islet) 61302 1
Saint-Onésime-d'Ixworth 61009 3*
Saint-Ours (Le Bas-Richilieu) 65012 1
Saint-Pacôme (Kamouraska)..... 61020 3*
Saint-Pamphile (L'Islet) 61301 1
Saint-Pascal..... 61018 3*
Saint-Patrice-de-Beaurivage 62805 1
Saint-Patrice-de-Sherrington 66704 0
Saint-Paul (Joliette)..... 65802 0
Saint-Paul-d'Abbotsford 65204 0
Saint-Paul-de-la-Croix..... 60812 3*
Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix 65506 0
Saint-Paul-de-Montminy 61409 1
Saint-Paul-du-Nord-Sault-au-Mouton..... 69736 5*

Saint-Paulin (Maskinongé)..... 64714 1
Saint-Philémon (Bellechasse)..... 61506 0
Saint-Philibert (Beauce-Sartigan).... 62316 1
Saint-Philippe (Roussillon)..... 66602 0
Saint-Philippe-de-Néri 61019 3*
Saint-Pie..... 64002 0
Saint-Pie-de-Guire (Drummond)..... 64212 1
Saint-Pierre (Joliette) 65804 0
Saint-Pierre-Baptiste..... 62731 1
Saint-Pierre-de-Broughton..... 62370 1
Saint-Pierre-de-Lamy..... 60930 4*
Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud.... 61419 1
Saint-Pierre-de-Veronne-à-
Pike-River..... 65428 0
Saint-Pierre-les-Becquets..... 63344 1
Saint-Placide (Deux-Montagnes)..... 67324 0
Saint-Polycarpe (Vaudreuil-
Soulanges)..... 67122 0
Saint-Prime (Le Domaine du Roy) ... 69020 3*
Saint-Prosper (Les Etchemins)..... 62204 1
Saint-Prosper..... 63212 1
Saint-Raphaël (Bellechasse)..... 61521 0
Saint-Raphaël-d'Albertville..... 60508 4*
Saint-Raymond (Portneuf) 62941 0
Saint-Rédempteur (Les Chutes-
de-la-Chaudière) 62118 0
Saint-Rémi (Les Jardins-de-
Napierville)..... 66712 0
Saint-Rémi-de-Tingwick..... 63406 1
Saint-René (Beauce-Sartigan)..... 62312 1
Saint-René-de-Matane..... 60613 4*
Saint-Robert (Le Bas-Richelieu) 65008 1
Saint-Robert-Bellarmin 62419 1
Saint-Roch-de-l'Achigan..... 66221 0
Saint-Roch-de-Mékinac..... 63248 1
Saint-Roch-de-Richelieu..... 65014 1
Saint-Roch-des-Aulnaies..... 61321 1
Saint-Romain (Le Granit) 62436 1
Saint-Romuald (Les Chutes-de-
la-Chaudière)..... 62125 0
Saint-Rosaire (Arthabaska)..... 63436 1
Saint-Samuel (Arthabaska)..... 63301 1
Saint-Sauveur 66341 0
Saint-Sébastien (Le Granit) 62433 1
Saint-Sébastien (Le Haut-Richelieu) 65301 0
Saint-Sévère (Maskinongé) 64318 1
Saint-Séverin (Robert-Cliche)..... 62372 1
Saint-Séverin (Mékinac)..... 63224 1
Saint-Siméon..... 61102 1
Saint-Siméon (Bonaventure)..... 60421 5*
Saint-Simon (Les Basques)..... 60754 4*
Saint-Simon (Les Maskoutains)..... 64029 0
Saint-Simon-les-Mines..... 62332 1
Saint-Sixte (Papineau)..... 67529 1
Saint-Stanislas 63220 1
Saint-Stanislas (Maria-
Chapedelaine)..... 69039 4*
Saint-Stanislas-de-Kostka..... 67004 0
Saint-Sulpice (L'Assomption)..... 66211 0
Saint-Sylvère (Bécancour)..... 63313 1
Saint-Sylvestre (Lotbinière).....62802 1
Saint-Télesphore (Vaudreuil-
Soulanges) 67126 0
Saint-Tharcisius (La Matapédia) 60509 4*
Saint-Théodore-d'Acton 64022 0
Saint-Théophile (Beauce-Sartigan)..62303 1
Saint-Thomas (Joliette).....65801 0
Saint-Thomas-Didyme.....69052 4*
Saint-Thuribe (Portneuf) 62954 0
Saint-Tite (Mékinac).....63231 1
Saint-Tite-des-Caps.....61701 0
Saint-Ubalde (Portneuf).....62957 0
Saint-Ulric 60624 4*
Saint-Urbain (Charlevoix) 61218 1
Saint-Urbain-Premier 66908 0
Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu)....65508 0
Saint-Valère (Arthabaska).....63438 1
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)...60746 4*
Saint-Valérien-de-Milton 63939 0
Saint-Vallier (L'Amiante).....61531 0
Saint-Venant-de-Hereford.....62502 0
Saint-Vianney (La Matapédia).....60521 4*
Saint-Victor (Robert-Cliche).....62346 1
Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska).63318 1
Saint-Zacharie (Les Etchemins) 62306 1
Saint-Zénon (Matawinie).....64929 0
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui.....60519 4*
Saint-Zéphirin-de-Courval 64209 1
Saint-Zotique (Vaudreuil-
Soulanges) 67115 0
Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut)..66351 0
Sainte-Agathe-de-Lotbinière 62810 1
Sainte-Agathe-des-Monts.....66362 0
Sainte-Angèle (Maskinongé).....64718 1
Sainte-Angèle-de-Mérici.....60706 4*
Sainte-Angèle-de-Monnoir 65209 0
Sainte-Anne-de-Beaupré.....61710 0
Sainte-Anne-de-Bellevue.....66521 0
Sainte-Anne-de-la-Pérade.....63201 1
Sainte-Anne-de-la-Pocatière 61036 3*
Sainte-Anne-de-la-Rochelle 63918 0
Sainte-Anne-de-Sabrevois 65309 0
Sainte-Anne-des-Lacs.....66338 0
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle 60312 5*
Sainte-Anne-de-Sorel 65016 1
Sainte-Anne-des-Plaines.....66314 0
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-
Labelle).....67650 4*
Sainte-Anne-du-Sault 63448 1
Sainte-Apolline-de-Patton.....61408 1
Sainte-Aurélie (Les Etchemins) 62308 1
Sainte-Barbe (Le Haut-
Saint-Laurent) 66819 0
Sainte-Béatrix (Matawinie).....65831 0
Sainte-Blandine (Rimouski-
Neigette).....60726 4*
Sainte-Brigide-d'Iberville.....65311 0
Sainte-Brigitte-de-Laval.....61716 0
Sainte-Brigitte-des-Saults.....63324 1
Sainte-Catherine (Roussillon).....66606 0

Sainte-Catherine-de-Hatley 63731 0
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier 62909 0
Sainte-Cécile-de-Levrard..... 63342 1
Sainte-Cécile-de-Milton 63932 0
Sainte-Cécile-de-Whitton..... 62414 1
Sainte-Christine (Acton)..... 64008 0
Sainte-Christine (Portneuf)..... 62944 0
Sainte-Claire (Bellechasse) 62225 0
Sainte-Clotilde-de-Beauce 62351 1
Sainte-Clotilde-de-Châteauguay 66901 0
Sainte-Clotilde-de-Horton 63439 1
Sainte-Croix 62852 1
Sainte-Edwidge-de-Clifton..... 62511 0
Sainte-Élisabeth (D'Autray)..... 65809 0
Sainte-Élisabethde-Warwick 63424 1
Sainte-Émélie-de-l'Énergie 65834 0
Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska)..... 63302 1
Sainte-Euphémie-sur-Rivière-du-Sud 61412 1
Sainte-Félicité (Matane)..... 60618 4*
Sainte-Félicité (L'Islet)..... 61308 1
Sainte-Flavie (La Mitis) 60731 4*
Sainte-Florence (La Matapédia) 60502 4*
Sainte-Françoise (Les Basques) 60811 4*
Sainte-Françoise (Bécancour)..... 62839 1
Sainte-Geneviève (CUM)..... 66541 0
Sainte-Geneviève-de-Batiscan..... 63214 1
Sainte-Geneviève-de-Berthier 64904 0
Sainte-Germaine-Boule 68441 5*
Sainte-Gertrude-Manneville..... 68425 5*
Sainte-Hedwidge (Le Domaine-du-Roy) 69018 3*
Sainte-Hélène (Kamouraska)..... 61014 3*
Sainte-Hélène-de-Bagot 64027 0
Sainte-Hélène-de-Breakeyville 62114 0
Sainte-Hélène-de-Mancebourg 68456 5*
Sainte-Hénédine (La Nouvelle-Beauce) 62229 1
Sainte-Irène (La Matapédia)..... 60526 4*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia).... 60538 4*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Maria-Chapdelaine) 69033 4*
Sainte-Julie (Lajemmerais) 65706 0
Sainte-Julienne (Montcalm) 66112 0
Sainte-Justine (Les Etchemins) 62206 1
Sainte-Justine-de-Newton 67219 0
Sainte-Louise (L'Islet)..... 61316 1
Sainte-Luce-Luceville 60734 4*
Sainte-Lucie-de-Beauregard 61404 1
Sainte-Lucie-des-Laurentides..... 66358 0
Sainte-Madeleine (Les Maskoutains)..... 65106 0
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine 60302 5*
Sainte-Marcelline-de-Kildare 65828 0
Sainte-Marguerite (Matapédia)..... 60501 4*
Sainte-Marguerite (La Nouvelle-Beauce) 62228 1
Sainte-Marguerite-Estérel 66349 0
Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce). 62375 1
Sainte-Marie-de-Blandford 63327 1
Sainte-Marie-Madeleine..... 65104 0
Sainte-Marie-Salome 66101 0
Sainte-Marthe (Vaudreuil-Soulanges)..... 67220 0
Sainte-Marthe-sur-le-Lac 67306 0
Sainte-Martine (Beauharnois-Salaberry) 66919 0
Sainte-Mélanie (Joliette) 65824 0
Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska) . 63341 1
Sainte-Monique (Lac Saint-Jean Est)..... 69336 3*
Sainte-Odile-sur-Rimouski 60742 4*
Sainte-Paule (Matane) 60610 4*
Sainte-Perpétue (L'Islet) 61306 1
Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska). 63322 1
Sainte-Praxède (L'Amiante)..... 62631 1
Sainte-Rita (Les Basques)..... 60801 4*
Sainte-Rose-de-Watford 62208 1
Sainte-Rose-du-Nord..... 69434 2
Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi) .. 65432 0
Sainte-Sabine (Les Etchemins) 61504 1
Sainte-Séraphine (Arthabaska) 63434 1
Sainte-Sophie 66321 0
Sainte-Sophie (L'Érable)..... 62739 1
Sainte-Sophie-de-Lévrard 63326 1
Sainte-Thècle (Mékinac)..... 63242 1
Sainte-Thérèse (Thérèse-de-Blainville) 66309 0
Sainte-Thérèse-de-Gaspé 60216 5*
Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau 67832 4*
Sainte-Ursule (Maskinongé) 64709 1
Sainte-Victoire-de-Sorel..... 65009 1
Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce) 62368 1
Saints-Martyrs-Canadiens 62626 1
Salaberry-de-Valleyfield 67016 0
Salluit 69875 6*
Sault-au-Cochon (La Côte-de-Beaupré)..... 61791 0
Sayabec..... 60530 4*
Schefferville 69801 6*
Scotstown 62538 0
Scott..... 62231 1
Senneterre 68409 5*
Senneville 66524 0
Sept-Îles..... 69711 5*
Shannon..... 62914 0
Shawinigan 64319 1
Shawinigan-Sud..... 63234 1
Shawville..... 68009 4*
Sheen-Esher-Aberdeen-et-Malakoff 68039 4*
Shefford 63904 0
Sherbrooke 63608 0
Shigawake 60406 5*
Shipshaw 69447 2
Sorel-Tracy..... 65021 1
Stanbridge..... 65421 0
Stanbridge Station..... 65426 0
Stanstead..... 63714 0

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

INDEX

Page

4. PAIEMENT 2

4.1 MODE DE PAIEMENT 2

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT 2

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE 3
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence 3

4.4 ÉTAT DE COMPTE 4
4.4.1 Description 5
4.4.1.1 Renseignements généraux 5
4.4.1.2 Sommaire 5
4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction 7
4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle 9
4.4.1.5 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée 9
4.4.2 Vérification des paiements 9

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT 10
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé 10
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement 10
4.5.3 Paiement refusé en partie 10
4.5.4 Paiement refusé en totalité 10

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT 11

4.7 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS 12
4.7.1 Codes de transactions 12

4.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT 13

4. PAIEMENT

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

Les renseignements transmis sous le présent onglet s'adressent aux médecins rémunérés **à l'acte**.

4.1 MODE DE PAIEMENT

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

Le dépôt direct se fait dans les trois jours suivant la date du paiement.

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 $.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Les rapports d'erreurs sont de deux ordres :

a) les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation);

b) les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes.

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

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

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

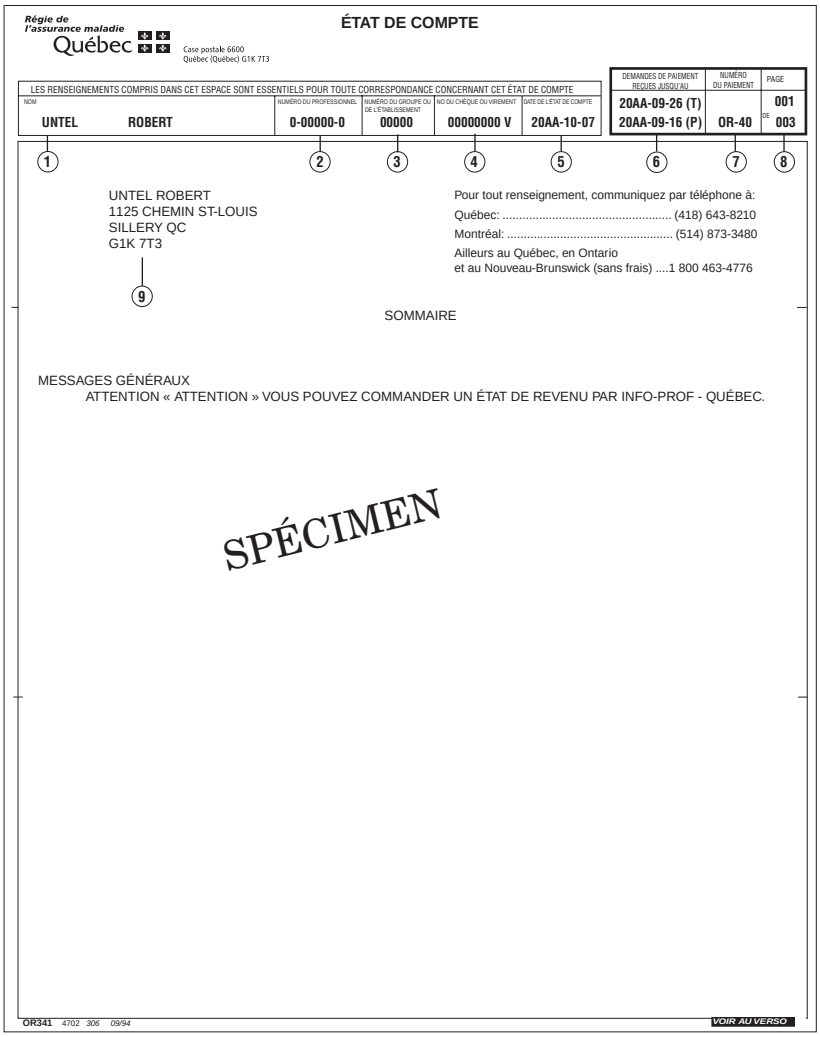
Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée, publié par la Régie.

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

4.4 ÉTAT DE COMPTE

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

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



Régie de l'assurance maladie Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

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

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
20AA-09-26 (T)		001
20AA-09-16 (P)	OR-40	DE 003

1 2 3 4 5 6 7 8

UNTEL ROBERT
1125 CHEMIN ST-LOUIS
SILLERY QC
G1K 7T3

9

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

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX
ATTENTION « ATTENTION » VOUS POUVEZ COMMANDER UN ÉTAT DE REVENU PAR INFO-PROF - QUÉBEC.

SPÉCIMEN

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

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

4.4.1 Description

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

4.4.1.1 Renseignements généraux

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

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

4.4.1.2 Sommaire

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

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

Déductions cumulatives
Description des codes de transaction

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

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)	OR-40	003 DE 003

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

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07

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

#

DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE

SPÉCIMEN

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

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

FIN DU RELEVÉ

OR343 4702 306 09/94

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

1a. DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant.
(Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).

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

2a. DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA1007, i.e. AA pour l'année 20AA, 10 pour octobre et 07 pour le quantième.

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

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

5a. CODE. Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.7.1) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir l'onglet « Messages explicatifs »).

6a. MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification (Voir 4.5). Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

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

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)	OR-40	002 DE 002

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

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYÉ	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES 1	2	3	REVISION ANTÉRIEURE	REVISION NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a

#

DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ

SPÉCIMEN

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

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

FIN DU RELEVÉ

OR344 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéro de la demande de remboursement en assurance responsabilité. S'il s'agit d'un remboursement suite à la réception du fichier de l'ACPM, ce numéro correspond à la date d'envoi du fichier (année et mois). Exemple: Pour Janvier 2006, le numéro est 0601.

2a. DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de remboursement ou le fichier de l'ACPM a été reçu à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : AA-03-20.

3a. CODE TRA. Code de la transaction (TRA) décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement (Voir 4.7.1).

4a. NATURE DU MONTANT. L'année pour laquelle la Régie a évalué le remboursement en assurance responsabilité ainsi que la nature du remboursement :

- Quote-part
- Montant forfaitaire (s'il y a lieu)

5a. TEMPS PAYÉ. Ne s'applique pas.

6a. MONTANT. Le montant du remboursement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique « Paiement » du sommaire de votre état de compte.

7a. RÉF. DEM. Ne s'applique pas.

8a. MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés. (Voir l'onglet « Messages explicatifs »).

9a. RÉVISION ANTÉRIEURE. Le montant de l'assurance responsabilité remboursé sur des paiements antérieurs pour l'année mentionnée.

10a. RÉVISION NOUVELLE. Le montant total d'assurance responsabilité remboursé à ce jour pour l'année mentionnée, incluant le présent paiement (somme du montant payé (6a) et du montant remboursé sur des paiements antérieurs (9a)).

4.4.1.5 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie un remboursement des honoraires qu'elle a payés directement au professionnel parce qu'elle n'avait pu fournir la preuve de son inscription à la Régie (carte d'assurance maladie) ou parce que le professionnel est désengagé, ou encore parce que le professionnel a exigé paiement d'une personne assurée à l'encontre de la loi.

On y retrouve les mêmes renseignements que ceux définis à 4.4.1.3.

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (Voir 4). Celui-ci doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou de remboursement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de le concilier avec ses états de compte.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement**.

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (Voir 4.7.1) et du code de message explicatif approprié (Voir sous l'onglet « Messages explicatifs »).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit lui présenter une **demande de révision**.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 **« Demande de révision ou d'explication »** et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (Voir 4.7.1) et du code de message explicatif approprié (Voir sous l'onglet « Messages explicatifs »). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'Annexe II sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

   Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

   IMPORTANT : Inscrire **la lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir 4.7.1) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 **« Demande de révision ou d'explication »** et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction «TRA» 04 (Voir 4.7.1) et du code de message explicatif approprié (Voir sous l'onglet « Messages explicatifs »).

De plus, si une demande de paiement facturée informatiquement est annulée à l'état de compte avec le message 907 - erreurs de prétraitement ou 997 - erreurs de règlement, il s'agit alors d'erreurs déjà identifiées sur le rapport «Retour d'erreurs» avec un message explicatif spécificiant la raison exacte de l'annulation.

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire **la lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

4.7 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 4.7.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir 5.1, sous l'onglet « Messages explicatifs »).

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

4.7.1 Codes de transactions

00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.

02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.

03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12. (Ne pas faire de demande de révision)

04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.

05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent.

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

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

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

20- Demande de paiement reçue en révision, reparaîtra après traitement sur un état de compte subséquent.

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

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

23- Demande de révision payée à zéro.

30- Intérêt sur demande de paiement.

40- Ajustement rétroactif sur salaire.

41- Paiement d'avantages sociaux.

50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).

88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.)

90- Ajustements spéciaux de révision.

91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.

96- D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avions émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.

97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.

99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

7005 292 05/10

CALENDRIER DE PAIEMENT (2007)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2007

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				32 1	33 2	34 3
(6) 4	36 5	37 6	38 7	39 8	▼ 9	41 10
(7) 11	43 12	● 13	45 14	46 15	47 16	48 17
(8) 18	50 19	51 20	52 21	53 22	▼ 23	55 24
(9) 25	57 26	● 27	59 28			

MARS *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				60 1	61 2	62 3
(10) 4	64 5	65 6	66 7	67 8	▼ 9	69 10
(11) 11	71 12	● 13	73 14	74 15	75 16	76 17
(12) 18	78 19	79 20	80 21	81 22	▼ 23	83 24
(13) 25	85 26	● 27	87 28	88 29	89 30	90 31

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14) 1	92 2	93 3	94 4	95 5	▼ 6	97 7
(15) 8	99 9	● 10	101 11	102 12	103 13	104 14
(16) 15	106 16	107 17	108 18	109 19	▼ 20	111 21
(17) 22	113 23	● 24	115 25	116 26	117 27	118 28
(18) 29	120 30					

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)		121 1	122 2	123 3	▼ 4	125 5
(19) 6	127 7	● 8	129 9	130 10	131 11	132 12
(20) 13	134 14	135 15	136 16	137 17	▼ 18	139 19
(21) 20	141 21	● 22	143 23	144 24	145 25	146 26
(22) 27	148 28	149 29	150 30	151 31		

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)					▼ 1	153 2
(23) 3	155 4	● 5	157 6	158 7	159 8	160 9
(24) 10	162 11	163 12	164 13	165 14	▼ 15	167 16
(25) 17	169 18	● 19	171 20	172 21	173 22	174 23
(26) 24	176 25	177 26	178 27	179 28	▼ 29	181 30

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27) 1	183 2	● 3	185 4	186 5	187 6	188 7
(28) 8	190 9	191 10	192 11	193 12	▼ 13	195 14
(29) 15	197 16	● 17	199 18	200 19	201 20	202 21
(30) 22	204 23	205 24	206 25	207 26	▼ 27	209 28
(31) 29	211 30	● 31				

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)			213 1	214 2	215 3	216 4
(32) 5	218 6	219 7	220 8	221 9	▼ 10	223 11
(33) 12	225 13	● 14	227 15	228 16	229 17	230 18
(34) 19	232 20	233 21	234 22	235 23	▼ 24	237 25
(35) 26	239 27	● 28	241 29	242 30	243 31	

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						244 1
(36) 2	246 3	247 4	248 5	249 6	▼ 7	251 8
(37) 9	253 10	● 11	255 12	256 13	257 14	258 15
(38) 16	260 17	261 18	262 19	263 20	▼ 21	265 22
(39) 23 30	267 24	● 25	269 26	270 27	271 28	272 29

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	274 1	275 2	276 3	277 4	▼ 5	279 6
(41) 7	281 8	● 9	283 10	284 11	285 12	286 13
(42) 14	288 15	289 16	290 17	291 18	▼ 19	293 20
(43) 21	295 22	● 23	297 24	298 25	299 26	300 27
(44) 28	302 29	303 30	304 31			

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				305 1	▼ 2	307 3
(45) 4	309 5	● 6	311 7	312 8	313 9	314 10
(46) 11	316 12	317 13	318 14	319 15	▼ 16	321 17
(47) 18	323 19	● 20	325 21	326 22	327 23	328 24
(48) 25	330 26	331 27	332 28	333 29	▼ 30	

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						335 1
(49) 2	337 3	● 4	339 5	340 6	341 7	342 8
(50) 9	344 10	345 11	346 12	347 13	▼ 14	349 15
(51) 16	351 17	● 18	353 19	354 20	355 21	356 22
(52) 23 30	358 24 31	359 25	360 26	361 27	▼ 28	363 29

7095 292 03/10

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5. MESSAGES EXPLICATIFS

001 Accusé de réception absent.

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

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

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

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

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

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

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

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

010 Une lettre explicative vous parviendra sous peu.

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

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

013 Vous n'avez droit à aucun remboursement d'assurance responsabilité pour cette année, puisque vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.

014 Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé en excluant les périodes de l'année où vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

027 Un ou des genres d'activités médicales demandés pour l'année sont non remboursables, car non inclus dans le tableau des groupes de l'Annexe 9 concernant l'assurance responsabilité.

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

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

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

031 Votre assureur ne nous a pas fourni la preuve de paiement de votre prime comme il est prévu au protocole d'entente.

032 L'entente auxiliaire n'est pas encore signée pour l'année demandée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.

035 Vos gains de pratique ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.

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

038 Révision d'une demande de remboursement déjà payée.

039 Révision effectuée à la suite de votre demande.

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

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

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

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

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

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

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

048 Révision effectuée pour tenir compte que, durant l'année ou une partie de l'année, vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté ou autres.

049 Révision effectuée pour tenir compte de la période de l'année qui précède le décès.

050 Remboursement effectué selon les renseignements fournis par votre assureur.

051 Les pièces justificatives fournies ne correspondent pas à l'année demandée.

052 Le montant forfaitaire a été recalculé selon la prime-témoin de dernier groupe auquel vous appartenez tel que spécifié à l'annexe de la Lettre d'entente 108.

054 La période couverte par votre demande de remboursement excède un an. Nous avons procédé au règlement de l'année indiquée à votre état de compte. Veuillez soumettre une nouvelle demande pour l'année manquante.

057 Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité puisque la Régie ne rembourse que si vous êtes assuré au Québec.

058 Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.

059 Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé selon le montant représentant la prime témoin fixée par l'Association canadienne de protection médicale.

060 Révision effectuée en regard de la prime d'assurance payée en tenant compte de la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.

100 Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

101 L'identification de la personne assurée, telle que transmise, ne correspond pas aux instructions de facturation. Veuillez vérifier et, conformément à l'article 3.2.1.4a) et/ou 3.2.1.4b) de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.

102 Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

103 Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

104 Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

105 La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

106 Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.

Voir la section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

107 Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.

Voir la section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

108 La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

110 La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

111 Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

112 L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

113 Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

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

116 Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

117 La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours (Aide sociale) à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

118 Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide de dernier recours (Aide sociale) n'est pas respecté. (Radiologie diagnostique règle 13.1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

119 Conformément à la règle 1.2 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire, vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement.

121 Conformément à l'article 6 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) cet acte est inclus dans celui en référence.

122 Conformément à l'article 4 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), le tarif de l'examen d'organes doubles est celui d'un seul organe.

123 La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas dans nos fichiers.

125 En raison de la règle 8.1 du Préambule général ou de l'Addendum 4 (Chirurgie), le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.

127 Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne 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 09810 « 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.

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.

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-admissible, 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.

213 Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) ne figure pas à nos fichiers.

214 Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro du compte administratif (groupe) qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

215 Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés à l'annexe de la lettre d'entente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

216 Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en Anesthésiologie (réf. : Addendum 8 -Ultrasonographie et Protocole II, Annexe 5 Tarif de la médecine de laboratoire).

217 Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem, selon les conditions établies aux articles 1.2 ou 1.3 de l'Annexe 15 ou à la Lettre d'entente A-35, 96, 98, 106 ou 123 (Brochure n° 1), peuvent demander 20% des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.

218 Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie (réf. : Annexe 26 ou 33, article 2.4 ou Lettre d'entente n° 100, article 7).

219 Conformément à la Règle d'application n° 25, la rémunération de cet acte est comprise dans celle de l'acte indiqué en référence.

223 Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.

225 Le service facturé ne peut vous être payé puisqu'il n'est pas assuré (réf. : Loi sur l'assurance maladie, article 3).

226 En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.

227 En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

228 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 27.

229 Conformément au maximum de la Règle d'application n° 27, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

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

233 L'acte pour lequel vous demandez une majoration ne peut être payé puisqu'il requiert une anesthésie générale (réf. : règle 24 du Préambule général).

234 En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.

235 En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.

236 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 23.

237 En raison de la Règle d'application n° 17, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.

238 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18.

239 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18 et déjà payé à un autre professionnel.

240 En raison de la Règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.

241 En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 072.

242 Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du Préambule général.

243 Le supplément de consultation n'est pas payable lorsqu'un patient a été examiné par un autre pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence du même centre hospitalier (réf. : règle 5 (règle 4 à compter du 1er octobre 2000), Addendum 2 - Pédiatrie).

244 En raison de la règle 6 (règle 5 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie, le supplément de durée n'est rémunérable que deux fois par période de 12 mois pour un même malade.

245 En raison de la règle 8.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.

246 En raison de la Règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.

247 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25.

248 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25 et déjà payé à un autre professionnel.

249 Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.

250 Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

251 Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

253 Le code d'acte réclamé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez (réf. : article 2 de l'Addendum 1 - Médecine).

256 Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.

257 En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.

258 En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

259 Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue ou un neurochirurgien.

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

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

262 La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.

263 En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.

264 Conformément à la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu, selon la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie).

265 Conformément à la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être différente de celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu, selon la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie).

266 En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique).

267 Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire).

268 Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) et déjà réclamé par un autre professionnel.

269 Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

270 Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5, (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

271 Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

272 Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

273 En raison de la règle 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la visite payable dans le cas d'un patient traité d'urgence a déjà été réclamée.

274 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec votre spécialité.

275 En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

276 Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie, vous ne pouvez facturer cet acte.

280 Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

281 Le montant des actes des sections cathétérismes veineux n'est pas comptabilisé dans le cumul du maximum d'honoraires payable pour les services codés 0300 ou 0310, car ils sont inclus dans le cathétérisme cardiaque.

282 Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.

283 Seuls les médecins neurochirurgiens ou urologues désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour ces spécialités dans cet établissement.

284 Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.

285 Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

286 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie).

287 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie) et déjà facturé par un autre professionnel.

288 En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.

289 En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

297 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 23.1 du Préambule général).

298 Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.

299 Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif: le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.

300 Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.

301 Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantièmes (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

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

304 Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 136, 137, 138 et 139).

305 La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du Formulaire.

306 Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.

307 En raison de la règle 2 de l'Addendum 2 - Pédiatrie, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.

308 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note se rapportant au code d'acte facturé.

309 La date de l'accident est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. (Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte).

310 Conformément à une décision administrative de la CSST, la date de l'accident n'est pas valide.

311 La date de naissance de la personne est postérieure à la date des services rendus.

312 La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. (Voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).

313 Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.

314 La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications décrites aux sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet « Paiement ».

315 En raison de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

316 En raison de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

318 Conformément à la règle 2.8 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la facturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives, et la durée de la visite doit être inscrite.

319 Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour tenir compte de l'âge de la personne assurée.

320 La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

321 La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

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

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

327 Conformément à la règle 4.1 a. de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé puisqu'il requiert la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum spécifique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

328 Conformément à la règle 4.1 b. de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé puisqu'il requiert la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations décrits à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

330 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : article 1.4 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), de l'Annexe 5 - Tarif de la médecine en laboratoire).

331 Conformément à la règle 5.5 du Préambule général, aucun supplément ne peut être ajouté au tarif de la visite principale.

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

333 En raison de la Règle d'application n° 5, la facturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives (C.S.) dans le cas d'une anesthésie de moins de six unités de durée.

334 Conformément à l'Annexe 27 ou 28 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 005 et 006).

335 En raison de la règle 12.1 du Préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

336 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2 du Préambule particulier de la Radiologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

337 En raison de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

338 L'acte facturé est inclus dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale. (Voir Lettre d'entente 3 dans la Brochure n° 1).

339 En raison de la Règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.

340 En raison de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

341 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

342 En raison de la Lettre d'entente 6 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

343 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 6 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

346 En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence.

347 En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

348 En raison de la règle 15.2 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.

349 En raison de la règle 14.4 du Préambule général, vous ne pouvez réclamer d'autre service avec le code d'acte indiqué en référence.

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

351 Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez. (Réf. : article 3, Addendum 1 - Médecine)

352 Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilège de pratique en hématologie dans l'établissement à la date où ces services ont été rendus.

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 00907 ou 00908 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.

417 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.

418 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.

419 Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.

420 Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.

421 Suite à une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.

422 Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.

423 Suite à une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.

424 Le médecin bénéficiant du mode de rémunération mixte n'a pas droit à un supplément d'honoraires pour son travail d'assistance chirurgicale (rôle 4) (réf. : article 9 de l'Annexe 38 - Brochure n° 5).

425 Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.

426 Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case DISTANCE.

427 La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.

428 Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.

429 Lorsque le montant à réclamer pour vos frais de transport (code 09991) ou votre temps de déplacement (code 09992) atteint 1 000 $ ou plus, vous devez facturer ce montant seul sur une demande de paiement, en mettant en référence le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.

433 Certaines informations dans les pièces justificatives son incomplètes.

434 Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.

435 L'inscription du code 09992 doit se faire sur la demande de paiement où l'indemnité de déplacement est demandée, sauf si l'indemnisation du temps de déplacement représente une somme de 1 000 $ ou plus.

436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.

437 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.

438 Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

439 Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

440 Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte facturé ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.

443 En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie - Addendum 8, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.

445 En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

448 Conformément au maximum prévu à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la Microbiologie-Infectiologie.

449 Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.

454 Service non assuré en vertu du décret 1374-84 (Chirurgie esthétique).

475 Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).

476 Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

477 Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).

478 Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

491 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14.

492 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

496 Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.

497 Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de la visite, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.

500 L'acte est non tarifé. Voir la règle 4 du Préambule général du tarif d'honoraires.

501 Acte déjà tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour cet acte, conformément à la règle 16 du Préambule général.

502 Conformément à la règle 4 du Préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.

503 Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.

504 Code d'acte payable les week-ends et les jours fériés seulement.

506 Code d'acte payable les fins de semaine seulement.

507 La date de sortie de l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

508 Conformément à la règle 5.4 du Préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie, cet acte ne peut être réclamé par le même professionnel plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.

509 En raison de la règle 8.1 du Préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.

510 En raison de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

511 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

512 En raison de la règle 22.1 du Préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 075.

513 En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

514 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

515 En raison de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

516 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

517 En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.

518 Les actes réclamés n'étant pas de nature différente, non complémentaires et non inclus et ayant été pratiqués au cours de la même séance opératoire par des chirurgiens de la même spécialité, la règle 9 de l'Addendum 4 (Chirurgie) ne peut être appliquée dans ce cas.

519 En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

520 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

521 En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

522 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

523 En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

524 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

525 En raison de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

526 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

527 En raison de la règle 4.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

529 En raison de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

530 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

531 En raison de la règle 5.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.

539 En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

540 Selon la règle 7.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.

542 En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

543 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

544 En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.

545 En raison de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

546 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

547 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

548 En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du Préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

549 Tel que spécifié dans la Règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.

550 Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.

551 Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).

553 Le rôle est absent ou invraisemblable.

554 Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.

555 Conformément à la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.

556 En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - obstétrique gynécologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

557 Conformément à la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.

558 Conformément à la règle 25 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.

559 Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.4 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur 187 est acceptable seulement à la salle d'urgence.

560 Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.

561 Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.

562 Selon leur définition ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.

563 Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.

564 Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 189 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.

565 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.

566 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

567 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.

568 L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 de l'Addendum 4 de la Chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.

569 Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur 050 s'applique jusqu'au 31 mars 2003. À compter du 1er avril 2003, conformément à la règle 3.3 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le modificateur 134 s'applique.

570 Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.

571 Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.

572 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.

573 Conformément à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le modificateur est incompatible avec le code de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.

574 L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas au modificateur employé. Veuillez vérifier et resoumettre, s'il y a lieu.

575 Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir la section 6 : Facturation des actes, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

576 Seuls les médecins désignés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement. (Voir la Lettre d'entente 109, Brochure n° 1).

577 Conformément à la règle 14 du Préambule général, à la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes* et à la règle 4.2 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGS).

578 Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.

579 Le modificateur utilisé est non permis pour l'établissement facturé.

580 Conformément à la Lettre d'entente 109 (Brochure n° 1), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.

581 Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à la Lettre d'entente 109.

582 Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

583 Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 188 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe.

584 Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.

585 L'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un local sous gestion du gouvernement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

586 Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), la tarification 2/3-1/3 s'applique seulement si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente.

587 Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).

588 Selon la règle 8 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), on accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

589 La majoration d'honoraires pour l'horaire de soir, le week-end ou les jours fériés est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par les Annexes 10, 27 et 28.

590 Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine, et un jour différent d'un congé férié.

591 En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour le paiement.

592 Les services sont refusés parce qu'ils n'ont pas été facturés conformément aux instructions de facturation. Veuillez vous conformer à l'avis administratif se rapportant au programme concernant la rémunération des médecins pour le complètement du rapport médical visé à la Loi sur la sécurité du revenu, sous l'onglet « Tarification des visites ».

593 En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.

594 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

595 Selon la Lettre d'entente 109, (Brochure n° 1), un seul supplément peut être payé par jour, par discipline.

596 La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.

597 Conformément à la règle 7 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.

598 À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.

599 Veuillez vous conformer à l'avis qui figure sous l'acte facturé.

600 La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Annexe 38 ou 40 - Brochure n° 5). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

603 Conformément au maximum prévu à la règle 5.5 du Préambule général, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois par trimestre.

604 La majoration d'honoraires pour l'horaire de nuit (modificateur 007) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par l'Annexe 10.

605 Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait quotidien par discipline visée.

606 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 10.

607 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 11.

608 Conformément au Plafonnement d'activités PA 1, nerf somatique, le maximum étant atteint pour ce service médical, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.

609 Conformément au Plafonnement d'activités PA 3, électro-encéphalogramme de base, le maximum étant atteint pour ce service médical en cabinet, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.

610 Le total des honoraires est rectifié pour correspondre à la somme des honoraires calculés.

611 Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.

612 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.

613 Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables (réf. : article 4 de l'Addendum 1 - Médecine).

614 Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.

615 Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.

616 Selon l'Annexe 25 (Brochure n° 1), il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.

617 Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.

618 Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.

619 Conformément à l'article 2.1 de la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.

621 Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins désignés par la Commission peuvent être rémunérés pour cet acte.

622 Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.

623 Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.

624 Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.

625 Conformément aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.

626 Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.

627 Facturation non conforme aux dispositions de la Lettre d'entente 97 (Brochure n° 1).

628 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.

629 Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la F.M.S.Q. ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'Annexe 32).

630 Conformément à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5), seuls les médecins désignés à l'Annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.

631 Facturation inadéquate du code de forfait demandé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1).

632 En raison de l'Addendum 1 (Médecine) ou de la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), le supplément de durée n'est rémunérable qu'une fois par période de 12 mois pour un même malade.

633 Conformément au maximum permis à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1).

634 En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.

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 09893 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel).

642 Facturation inadéquate de l'acte 09278. 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 09280. 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 ou 40 (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) quantièmes (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 09130 ou 09140. 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 quantièmes (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 1er 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 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.

679 Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.

680 Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.

681 Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.

682 Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.

683 Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et selon les renseignements inscrits sur la demande de paiement.

684 Conformément à l'article 7 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins présidant des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.

686 Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte inscrit au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.

687 Selon l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), un seul supplément peut être payé pour un même tour de garde.

688 Le code d'acte utilisé ne correspond pas au type de contrat que vous détenez dans l'établissement inscrit. Veuillez vérifier les conditions d'application de l'Annexe 25 (Brochure n° 1), et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

689 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.

690 Lettre explicative envoyée sous pli séparé.

691 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.

692 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.

693 En vertu de la règle 11 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste est rémunéré au demi-tarif jusqu'au 30 septembre 2004 et à 1% du tarif à compter du 1er octobre 2004 pour l'anesthésie entreprise auprès d'un deuxième malade alors qu'une première anesthésie est déjà en cours auprès d'un premier malade sauf s'il s'agit d'une urgence grave mettant en danger la vie du patient ou d'un cas d'obstétrique.

694 Conformément à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être rémunéré puisque, selon les renseignements fournis, les conditions d'application établies pour le remplacement pour congé de certains médecins attachés aux établissements hospitaliers désignés par le ministre, ne sont pas satisfaites.

696 Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

697 Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

698 Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

699 Facturation inadéquate de l'un des codes d'acte de « supplément de garde en disponibilité lors d'un remplacement ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1).

700 Sur cette demande de paiement, seule la ligne DÉPLACEMENT est remplie.

Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

701 Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.

702 Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.

703 Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988) n'a pas été rempli.

704 Selon la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), le code 09893 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de six jours consécutifs.

705 Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou le code d'établissement et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

706 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 31.

707 Le temps de déplacement (code 09992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, en inscrire le **numéro** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

708 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés en fonction de la distance **unidirectionnelle** spécifiée dans le Guide des distances routières publié par le Ministère des transports du Québec.

709 Frais de déplacement non acceptables. Selon l'Annexe 23 (Brochure n° 1), la distance parcourue doit être de plus de 40 kilomètres.

710 Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.

711 Selon l'Annexe 23, les codes 09991 et 09992 sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans un territoire désigné.

712 Selon l'Annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement du temps de déplacement.

713 Conformément à l'Annexe 23, les frais de déplacement s'appliquent seulement au médecin spécialiste qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier du Québec.

715 Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.

716 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.

717 Selon l'article 2.1a de l'Annexe 23, les frais de déplacement ne sont remboursables que sur présentation de pièces justificatives.

718 Les frais d'un seul déplacement par semaine dans un même centre hospitalier sont payables en vertu de l'article 3 de l'Annexe 23.

719 Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.

720 Selon l'Annexe 23, les frais de séjour ne sont pas remboursables par la Régie.

721 Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'Annexe 23. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.

722 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 29.

723 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 28.

724 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.

725 Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.

726 Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.

729 En raison de la règle 4 de l'Addendum 5 (musculo-squelettique), la majoration des honoraires ne s'applique pas.

730 Remboursement à la personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie.

Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.

731 Les honoraires ont été ajustés selon les renseignements fournis. (règle 9.1 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie).

734 Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

735 Conformément à la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.

736 Conformément à la règle 23.1 du Préambule général, les modificateurs 060 et 063 sont acceptables seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

737 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA-12.

738 En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 027.

739 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

740 Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), la majoration d'honoraires pour réduction ouverte (MOD=039) ainsi que celle pour la reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments (MOD=020) ne s'applique pas s'il y a micro-anastomose neurovasculaire.

741 En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.

742 En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est non payable avec celui indiqué en référence.

743 En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

744 En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

745 Conformément à l'article 1.2.1.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

746 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).

747 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà réclamé par un autre professionnel.

748 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).

749 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un autre professionnel.

750 Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.

751 En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs.

752 En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs et il est déjà facturé par un autre professionnel.

753 Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).

754 Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures et il est déjà facturé par un autre professionnel (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).

755 Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.

756 Seuls les médecins désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour cet acte dans cet établissement.

757 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 21.

758 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 22.

759 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 23.

760 Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.

761 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 26.

762 Facturation inadéquate du code de supplément de garde. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.

763 La prime de remplacement (code 09213) ne peut être payée au médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'Annexe 36.

764 Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102, 112 ou 128 (Brochure n° 1).

765 Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102 ou 112 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un ou plusieurs professionnels.

766 Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

767 Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 30.

768 Conformément au maximum prévu à l'article 2 de la Règle d'application n° 19.

769 En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.

770 En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et réclamé par un autre professionnel.

771 En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.

772 En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

773 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.

774 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

775 Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.

776 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.

778 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).

779 Conformément au maximum prévu à la règle 2.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).

780 En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 9 (Génétique médicale), le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.

781 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable**.

782 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable** et *facturé par un autre professionnel*.

783 La visite de départ doit être effectuée le dernier jour de l'hospitalisation de la personne assurée.

784 En raison de la règle 5.2 du Préambule général, la visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures.

785 Seuls les médecins bénéficiant de la rémunération mixte peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement.

786 Selon la Lettre d'entente 133 (Brochure n° 1), le code d'acte 09724 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de 3 jours consécutifs, du lundi au vendredi.

787 Cet acte ne peut être répété le même jour.

788 Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre médecin.

789 Un seul forfait par jour est payable selon les conditions de la Lettre d'entente 135 ou 138 (Brochure n° 1).

790 En raison de la note inscrite sous le code d'acte 00643, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

794 Selon l'Annexe 23, le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.

795 Selon l'Annexe 23, la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est limitée à une heure.

796 Lors d'un déplacement, seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.

797 Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.

800 Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.

801 Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

802 Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

803 Le code d'établissement ou de localité, selon le cas, est manquant, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

804 Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est inexistant à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

805 Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

806 Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

807 Selon la Règle d'application n° 9 (Obstétrique-Gynécologie), aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement thérapeutique et pour les soins reliés pratiqués en cabinet privé.

808 Conformément à la Règle d'application n° 11, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

809 Conformément à la Règle d'application n° 12, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

810 Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

811 Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.

812 Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.

813 Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.

814 Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.

816 Conformément à l'Annexe 25 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.

817 Les traitements de réadaptation physique donnés en clinique sont payables seulement lorsque le propriétaire exploitant, le 30 juin 1987, était un médecin physiatre.

818 Selon l'article 3 de l'Annexe 16 (Brochure n° 1), celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires de la Régie pour sa pratique en établissement. De plus les renseignements fournis, ne nous permettent pas d'identifier une des exceptions prévues à la Lettre d'entente 25 ou à l'article 3.1 de l'Annexe 16.

819 En raison de son libellé (description), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

820 Les services ne peuvent être rémunérés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier, car l'établissement ne figure pas à l'annexe de la Lettre d'entente A-33 (Brochure n° 1).

821 La date d'entrée à l'établissement est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

822 La date d'entrée à l'établissement ou à l'unité coronarienne est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

824 Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

825 Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé, Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

826 Conformément à l'Annexe 27 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

827 Conformément à l'Annexe 28 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

830 Conformément à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1), les traitements de physiothérapie donnés en clinique ne peuvent être facturés pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans.

831 Le modificateur 170 ne peut être autorisé lorsqu'il est facturé dans un établissement autre qu'un de ceux reconnus par le ministre versus certains actes s'appliquant à la téléhémodialyse.

833 Conformément à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé losqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.

834 Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

838 Le maximum de forfaits de garde est dépassé. Si nécessaire, le Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement pourra nous faire parvenir votre demande de révision accompagnée de la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou le détail des heures, s'il y a lieu).

839 Conformément aux annexes 10, 27 et 28 (Brochure n° 1), le modificateur 073 est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.

841 Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).

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 ou 40 - 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 7h 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.

925 À la suite des communications antérieures.

926 Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.

930 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.

933 Révision en cours.

934 Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

936 Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.

937 Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.

938 Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

939 En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.

940 Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

942 La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

944 Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 $ ou plus, doit figurer seul dans la section ACTES de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.

946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.

951 Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.

952 Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.

959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

960 Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.

968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1er octobre 2000) de l'Addendum 1 (Médecine), le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.

969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.

970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel*, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.

973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel*.

974 En raison de la règle 11 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence.

975 En raison de la règle 11 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel*.

980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** *avec celui indiqué en référence* en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.

981 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***. *Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.*

982 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel* en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'***AVIS***.

997 Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section RÈGLEMENT du rapport « Retour d'erreur » transmis par la Régie.

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

Dossier assujetti aux dispositions relatives à la Rémunération différente.

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

INDEX

Page

1. RÈGLES D'APPLICATION **2**

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS **14**

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE **18**

PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX **18**
PLAFONNEMENTS PARTICULIERS **19**

7. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION NO. 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

1. Le médecin spécialiste qui revoit un malade pour contrôler son état allergique en cours de cure d'hyposensibilisation, n'a pas droit au paiement d'honoraires de visite, sauf une visite de contrôle au terme de chaque série de 5 séances de traitement.

   Des honoraires de visite peuvent toutefois être demandés lorsque le malade consulte pour une autre pathologie.

2. En établissement, seul a droit au paiement de l'honoraire correspondant au code « cure d'hyposensibilisation », le médecin spécialiste qui donne l'injection.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

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:

07801 Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG

07802 Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéchotomie irienne (corélyse)

07055-Cataracte membraneuse : discission

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07811 Cyclodialyse

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07325 Ponction du vitré par pars plana

07335 Réintervention (ponction du vitré par pars plana)

RÈGLE D'APPLICATION NO. 4

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

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

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (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 », « Coeur et péricarde », « Chirurgie coronarienne », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 04662, 04677 et 04688.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 8

URGENCES

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du foetus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 11

TOMODENSITOMÉTRIE

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

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

AVIS : *Consigner les indications médicales précises dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

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

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

AVIS : *Consigner les indications médicales particulières dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

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

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale, (code 08042), bassin, 1 incidence, (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée, (code 08059), et hanches, unilatérale, 2 incidences et plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

AVIS : *Consigner les indications cliniques spécifiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE D'APPLICATION NO. 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises.

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'ostéodensitométrie isotopique n'est exigible qu'une fois par année par patient, sauf pour contrôler un traitement pour ostéoporose où la limite est de 2 par année.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du coeur (08702) 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 foetaux, l'échocardiographie foetale 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 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires... avec coronarographie » (code 00224) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

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

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

4. 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 09208) 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 coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176).

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 08303 ou 08311 (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 coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 00176.*

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 08341) 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 08341.*

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 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes de facturation 02727, 02886, 02887 ou 09542.

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 02690 et 02638, 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 02673, 02714, 02716, 02739, 02742 ou 09589.

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 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, Autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

RÈGLE D'APPLICATION 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 08554) 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 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

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

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

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

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

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

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

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

2.5 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)
#	00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.	500
#	00543	Gonioscopie	300
#	00579	Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme	1750

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

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

1. Les services médicaux « rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique avec ou sans biopsie », (code 00746) et « rhinopharyngoscopie directe (rigide), avec ou sans biopsie, sous anesthésie générale », (code 00710), sont sujets à un plafonnement d'activités total de 200 par semestre, pour les deux.

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

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

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

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

5. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non-automatique), unilatéral ou bilatéral », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 41 000 $ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 24 000 $ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section « Médecine nucléaire » du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 40 000 $ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

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

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 500 $ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.12 PA 27. Urologie

Le service médical d'urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant la recherche de trajet fistuleux) est sujet pour le médecin spécialiste à un plafonnement de 450 par semestre.

Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence, au sens de la Règle 14 du Préambule général, ne sont pas sujets à ce plafonnement global, une fois le maximum atteint.

2.13 PA 29. Neurologie

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

Code 00356 Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles
Code 09412 Électromyographie extensive, 7 muscles et plus
Code 00357 Étude de la conduction nerveuse

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

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

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

2.14 PA 30 Dermatologie

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

1. Un plafonnement de 9 000 $ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture », (code 01101), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins », (code 01102).

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

2. Un plafonnement de 5 000 $ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins », (code 01108), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins », (code 01121).

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

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

1. Un plafonnement de 135 000 $ par semestre pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) les forfaits patient et forfaits unité payable aux soins intensifs en vertu de l'Annexe 29;

ii) l'ensemble des services médicaux accomplis sur les lieux d'une unité de soins intensifs.

Les honoraires pour les services médicaux accomplis en urgence au sens du paragraphe 4.2 de l'Annexe 29 ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement d'activités, une fois le maximum atteint.

2. Un plafonnement de 25 000 $ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Cardio-vasculaire », sous la rubrique « Varices et ulcères variqueux ».

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 22 500 $ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de vingt (20) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

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

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

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

Autres plafonnements d'activités

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

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE

PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

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

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 152 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

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

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 125 000 $ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 255 000 $ par année civile.

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

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie et sauf à l'égard du plafonnement applicable au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient compte, pour les gains de pratique en établissement, que de la moitié de ces gains.

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

3.2.4 Sous réserve de l'article 3.2.5, les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4(i) de l'Annexe 19.

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

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

+ Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 147 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

+ Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 89 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.7 PG 6 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 98 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.8 PG 7 Physiatrie

Pour le médecin classé en physiatrie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 122 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 89 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Tarification des visites », sous les rubriques « Hors discipline », « Divers » et « Chirurgie générale », exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;

ii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », sous la rubrique « Pléthysmographie »; et

iii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Ultrasonographie » sous la rubrique « Examens Doppler pour fins de diagnostic ».

3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 89 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et en clinique externe, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » ainsi que des services apparaissant au chapitre « Tarification des visites », à la rubrique « Néphrologie » sous la section « Dialyse ».

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

DISPOSITIONS TARIFAIRES

(MÉDECINS SPÉCIALISTES)

+ **ACCORD-CADRE DU 1ER OCTOBRE 1995**

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

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

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

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 AUTORISATION **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 09990;*
- *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.

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

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

RÈGLE 5.
VISITES

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

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

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

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

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

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle.

La visite de départ est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie. Seul le médecin spécialiste en médecine interne qui signe le congé d'un patient hospitalisé en médecine interne peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ. Cette visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures en médecine interne suivant la visite principale.

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

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

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

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

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

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

Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (Échelle de Berg < 45/56) peut réclamer le paiement d'une visite principale à tous les quinze jours.

AVIS : *Utiliser le code d'acte **15139**;*
- *inscrire le rôle **1**;*
- *les honoraires sont de **51,00 $**;*
- *Inscrire le «SCORE» dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.*

5.5 Le médecin spécialiste qui suit un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par trimestre.

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

AVIS : *Référer à l'onglet B « Tarification des visites » aux codes d'acte 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061 09062, 09296, 09297, 09298, 00035, 00047, 15006 ou 15026 selon la spécialité.*

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

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

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

La présente règle ne s'applique pas aux visites en pédiatrie, à la visite de contrôle des soins de ventilation, à un patient sous télémétrie traité par un cardiologue dans un centre hospitalier à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence, à un patient traité par un généticien dans une unité de soins intensifs ou de soins de néonatalogie ou à un patient traité dans une unité de soins intensifs par un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie. *(***)*

Dans une unité de soins de néonatalogie, un pédiatre peut réclamer, pour un patient sous respirateur, un maximum de cinq (5) unités de visite entre 7 heures et 19 heures; pour un patient qui n'est pas sous respirateur, le maximum est de trois (3) unités de visite entre 7 heures et 19 heures. *(*) (**)*

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

Pour un patient sous télémétrie traité par un cardiologue en centre hospitalier à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence, ce dernier peut réclamer un maximum de trois (3) unités de visites par jour d'hospitalisation. *(***)*

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

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

AVIS : *(*) Indiquer l'heure et la date de la visite effectuée en **dehors** de la période de 7 heures à 19 heures dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

(**) Identifier une personne assurée sous respirateur par la lettre « R » dans la case C.S. Seuls les services reliés à ce cas doivent être facturés sur la demande de paiement.

(***) Identifier une personne assurée sous télémétrie par la lettre « F » dans la case C.S.. Seuls les services reliés à ce cas doivent être facturés sur la demande de paiement.

RÈGLE 6.
MALADE DIRIGÉ

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

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

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

AVIS : *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin.*

CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation, à l'exception de la consultation effectuée en hospitalisation, dans un centre hospitalier de soins de courte durée, par un médecin classé en chirurgie orthopédique.

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Pour les services rendus à l'unité des soins intensifs, utiliser le code de l'établissement fourni par la Régie. Le préfixe de ce code doit être 0 et le suffixe 6.*

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

AVIS : *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin ayant demandé le service.*

ÉPREUVE DIAGNOSTIQUE OU TRAITEMENT

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

RÈGLE 7.
THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

7.2 Une thérapie de communication comporte un honoraire fixe de 30 $, pour la séance.

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte 08925 sous l'onglet B « Tarification des visites » DIVERS, ainsi que la Règle d'application no 2.*

RÈGLE 8.
PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

8.1 Sont payées au demi-tarif (MOD=050) les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance, sauf la procédure principale.

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

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

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

RÈGLE 9.
SURVEILLANCE

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

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

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

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

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

La tarification est de 25 $ par période.

AVIS : *Voir le code d'acte 00080 à la section DIVERS sous l'onglet B « Tarification des visites ».*

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

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

AVIS : *Voir le code d'acte 09246 à la section DIVERS sous l'onglet B « Tarification des visites ».*

RÈGLE 10.
SOINS SIMULTANÉS

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

RÈGLE 11.
RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

11.1 Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 50 $.

S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 50$ pour le quart d'heure qui suit, et de 25 $ par quart d'heure additionnel.

RÈGLE 12.
HONORAIRE GLOBAL

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

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

RÈGLE 13.
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

RÈGLE 14.
SOINS D'URGENCE

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

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

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

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

14.2 La majoration d'honoraires est de la moitié pour les soins donnés entre minuit et 7 heures; elle est du tiers, pour le reste de l'horaire de garde.

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

AVIS : *Voir la section 3.2.6.5 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - MÉDECINE ET CHIRURGIE (sauf chirurgie générale).

MOD=018 :
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration du 1/3
MOD=017 :
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de la 1/2
MOD=019 :
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration du 1/3
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

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

14.3 Malgré la règle 14.2, la majoration d'honoraires, pour le médecin qui a qualification de spécialiste en anesthésiologie, est de 100 % pour les soins donnés dans cette discipline entre minuit et 7 heures; elle est de 50 % pour le reste de l'horaire de garde.

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

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

AVIS : *Voir la section 3.2.6.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - ANESTHÉSIOLOGIE

	DÉBUT DE L'OPÉRATON	***SUITE DE L'OPÉRATION***
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 1/2)	*MOD = 001*	*MOD = 090*
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 100 %)	*MOD = 004*	*MOD = 091*
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés de 7 heures à minuit (majoration de ½)	*MOD = 013*	*MOD = 092*
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 heures à 19 heures (aucune majoration)	-----	*MOD = 098*

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 150 $ entre minuit et 7 heures et d'au moins 100 $ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 200 $ entre minuit et 7 heures et d'au moins 100 $ pour le reste de la garde.

AVIS : *Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*
- Code d'acte 09203 de minuit à 7h.
- Code d'acte 09204 de 7h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19h à minuit, les autres jours.
Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » section 3.2.6.6

Le médecin a le choix entre le forfait d'urgence ou la facturation des actes avec les modificateurs appropriés, ***mais jamais les deux pour la même période de garde****.*

14.5 Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision du centre hospitalier.

Les fêtes légales sont les 1er et 2 janvier, le lundi de Pâques, le 24 juin, le Jour du Canada, la Fête du Travail, l'Action de Grâces, la Noël et le 26 décembre.

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

14.6 Malgré la Règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en médecine interne, en chirurgie plastique, en ophtalmologie, en neurologie ou en obstétrique-gynécologie est de 100 % pour les soins donnés dans ces disciplines entre minuit et 7 heures; elle est de 50 % pour le reste de l'horaire de garde.

AVIS : *Voir la section 3.2.6.5 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE
- CHIRURGIE PLASTIQUE

MOD=023
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %
MOD=012
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %
MOD=054
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

- MÉDECINE INTERNE

MOD=103
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %
MOD=102
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %
MOD=104
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

- OPHTALMOLOGIE

MOD=154
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %
MOD=155
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %
MOD=156
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

- NEUROLOGIE

MOD=157
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %
MOD=158
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %
MOD=159
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %.
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

- OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

MOD=160
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %
MOD=161
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %
MOD=162
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

14.7 Malgré la Règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en pédiatrie est de 125 % pour les soins donnés dans cette discipline entre minuit et 7 heures; elle est de 65 % pour le reste de l'horaire de garde.

AVIS : ***MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE***
- PÉDIATRIE

MOD=131
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 65 %
MOD=132
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 125 %
MOD=133
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7heures à minuit, majoration de 65 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

14.8 Malgré la Règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en chirurgie générale est de 120 % pour les soins donnés dans cette discipline entre minuit et 7 heures; elle est de 65 % pour le reste de l'horaire de garde.

AVIS : ***MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE***
- CHIRURGIE GÉNÉRALE

MOD=163
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 65 %
MOD=164
NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 120 %
MOD=165
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7heures à minuit, majoration de 65 %
Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

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 00029, 00041, 08961, 09143, 09161, 09174, 09224 ou 15011 selon la spécialité.*

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

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

RÈGLE 16.
HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

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

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

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

RÈGLE 17.
TARIF DE LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 18.
VISITE À DOMICILE

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

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

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

Les autres visites sont des visites de contrôle.

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

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

RÈGLE 19.
RAPPORTS MÉDICAUX

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

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

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

RÈGLE 20.
DÉCLARATION DE DÉCÈS

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

AVIS : *Voir le code d'acte 09200 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.

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

RÈGLE 23.
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 00606 et 00863, utiliser le code d'acte **70002**.*

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

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

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

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

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

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

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

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

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

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

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

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

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

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

---

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'assistance-emploi.

4. CHAUFFEUR DE TAXI :

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

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

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

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

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

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

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

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

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agents des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (L.R.Q.cF-3.1).

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'assistance-emploi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2);
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE :

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

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

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

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

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

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

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions règlementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

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

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

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

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

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., chap. P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la curatelle publique (L.R.Q., chap. C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec;
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu (1988, c.51) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chap. P-34.1).

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA

Pour des services qui ne sont pas disponibles au Québec et au Canada

Conformément au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, certains services hospitaliers reçus hors du Canada peuvent être remboursés. Il est donc possible que le professionnel ait à formuler ou à appuyer une demande d'autorisation pour une hospitalisation hors du Canada.

IMPORTANT : Seules les personnes assurées reconnues admissibles par la RAMQ et dont l'état requiert des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec et au Canada peuvent présenter une telle demande.

DEMANDE D'AUTORISATION

La demande doit contenir les éléments suivants :

Renseignements essentiels :

- nom du patient (à la naissance et marital pour une femme mariée);
- date de naissance;
- numéro d'assurance maladie;
- adresse complète;
- numéro de téléphone.

Documents requis :

1- attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la pathologie du patient, et comportant les éléments suivants :

a) description sommaire des services spécialisés requis;
b) attestation de la non-disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
c) nom et adresse de l'établissement où l'hospitalisation est recommandée.

2- résumé du dossier médical.

AVIS : *Si le patient se rend hors du Canada pour se faire soigner sans avoir obtenu l'autorisation de la Régie avant son départ, les services hospitaliers sont entièrement à sa charge.*

ACHEMINEMENT

La demande doit être adressée avec la mention ***« autorisation médicale »*** à la :

Régie de l'assurance maladie du Québec
« Autorisation médicale »
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

Pour toute information additionnelle, il est possible de communiquer par téléphone entre 8h30 et 16h30 au numéro suivant : **418 643-8114** ou par télécopieur au numéro suivant : **418 646-3492**.

En cas d'urgence en dehors des heures d'ouverture des bureaux, entre 8h30 et 16h30, composer le numéro de téléphone suivant : **418 682-5161** et demander le médecin-conseil responsable des autorisations pour les services médicaux hors du Canada.

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

Conformément au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, certains services médicaux reçus hors du Québec mais au Canada peuvent être remboursés. Il est donc possible que le professionnel ait à formuler ou à appuyer une demande d'autorisation pour une hospitalisation hors du Québec.

IMPORTANT : Seules les personnes assurées reconnues admissibles par la RAMQ et dont l'état requiert des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec peuvent présenter une telle demande.

DEMANDE D'AUTORISATION

Les renseignements et les documents à fournir sont les mêmes que pour la demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada (voir page précédente).

AVIS : *Si le patient se rend hors du Québec pour se faire soigner sans avoir obtenu l'autorisation de la Régie **avant** son départ, les services médicaux seront remboursés au tarif payé au Québec pour des services comparables.*

ACHEMINEMENT

La demande doit être adressée avec la mention **« autorisation médicale »** à la :

Régie de l'assurance maladie du Québec
« Autorisation médicale »
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

Pour toute information additionnelle, il est possible de communiquer par téléphone entre 8h30 et 16h30 au numéro suivant : **418 643-8114** ou par télécopieur au numéro suivant : **418 646-3492**.

En cas d'urgence en dehors des heures d'ouverture des bureaux, entre 8h30 et 16h30, composer le numéro de téléphone suivant : **418 682-5161** et demander le médecin-conseil responsable des autorisations pour les services médicaux au Canada.

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 4788 (dissection et excision de paquets variqueux etc., voir NOTE, page J-16).

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

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

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

Adresser la demande à :

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

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

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

MANITOBA

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

YUKON

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

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

ARTICLE 14.5

	FÊTE LÉGALE	***2004 -2005***	***2005 - 2006***	***2006 - 2007***
#	*Fête nationale du Québec*	*24 juin 04*	*24 juin 05*	*23 juin 06*
#	*Fête du Canada*	*1er juil. 04*	*1er juil. 05*	*30 juin 06*
	Fête du Travail	*6 sept. 04*	*5 sept. 05*	*4 sept. 06*
#	*Action de Grâces*	*11 oct. 04*	*10 oct. 05*	*9 oct. 06*
	Fête de Noël	*27 déc. 04*	*26 déc. 05*	*25 déc. 06*
	Lendemain de Noël	*28 déc. 04*	*27 déc. 05*	*26 déc. 06*
	Jour de l'An	*3 jan. 05*	*2 jan. 06*	*1er jan. 07*
	Lendemain du Jour de l'An	*4 jan. 05*	*3 jan. 06*	*2 jan. 07*
	Lundi de Pâques	*28 mars 05*	*17 avril 06*	*9 avril 07*

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES **B-3**

ADDENDUM 1 - MÉDECINE3 **B-3**
Allergie **B-5**
Anesthésiologie **B-8**
Biochimie **B-10**
Cardiologie **B-12**
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique **B-16**
Chirurgie générale **B-19**
Chirurgie orthopédique **B-21**
Chirurgie plastique **B-24**
Dermatologie **B-26**
Endocrinologie **B-29**
Gastroentérologie **B-32**
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE **B-35**
Génétique médicale **B-36**
Gériatrie **B-39**
Hématologie - oncologie médicale **B-42**
Hygiène publique **B-46**
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE **B-48**
Médecine d'urgence **B-52**
Médecine interne **B-56**
Médecine nucléaire **B-59**
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE **B-60**
Microbiologie - Infectiologie **B-62**
Néphrologie **B-67**
Neurochirurgie **B-71**
Neurologie, neuropsychiatrie, électro-encéphalographie **B-74**
Obstétrique - Gynécologie **B-77**
Ophtalmologie **B-83**
Oto-rhino-laryngologie **B-87**
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE **B-90**
Pédiatrie **B-91**
Physiatrie **B-95**
Pneumologie **B-98**
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE **B-101**
Psychiatrie **B-104**
Radio-oncologie **B-110**
Rhumatologie **B-113**
Santé communautaire **B-116**
Urologie **B-119**
Hors discipline **B-121**
Divers **B-123**

ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE
(LETTRE D'ENTENTE N° 6) **B-125**

EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL
(LETTRE D'ENTENTE N° 5) **B-126**

EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE
(LETTRE D'ENTENTE N° 62) **B-127**

Page

EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64) **B-127**

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU **B-128**

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC **B-128**

ANNEXE 30 ..... **B-129**

ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL..... **B-130**

B - TARIFICATION DES VISITES

ADDENDUM 1. - MÉDECINE

1. Supplément de durée

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

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

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

Le médecin indique la durée de la visite.

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

2. Limitations

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

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

Sauf pour le malade hospitalisé, le supplément de durée n'est payé qu'une fois par période de 12 mois.

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

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

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

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

3.4 De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent désigner comme appartenant au groupe B, le médecin spécialiste qui détient à la fois un certificat de spécialiste en oncologie médicale et un certificat de spécialiste en hématologie, lorsque ce médecin exerce principalement en oncologie médicale et n'a aucune activité de laboratoire.

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

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

AVIS : *Voir les codes d'acte 09012 et 15009 sous le présent onglet.*

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

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

Elle remplace la visite de contrôle.

TARIFICATION DES VISITES

NOMENCLATURE DES VISITES ET DES SUPPLÉMENTS DE CONSULTATION

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

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

Enfin, la présence d'un ou plusieurs astérisques (*) suivant le libellé d'un acte réfère à un regroupement d'avis au bas de la page.

EXEMPLE :

09127	*Visite principale . . . . . .*	*55,00*
----	*Supplément de consultation 44,00*	
09165	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*). . . . . .*	*99,00*

R = 1

ALLERGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 44,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,00
09137	Supplément de durée *(*)*	27,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	57,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	57,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	87,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	11,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	37,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	20,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	26,00

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :

09095	premier jour	102,00
09096	chaque jour subséquent	60,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	44,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00
09078	Supplément de durée	16,00

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

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

09164	Visite de contrôle	24,00

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 ».

09201	*Visite principale*	*44,00*
----	*Supplément de consultation 25,00*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*69,00*
09088	*Supplément de durée*	*16,00*

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

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

09202	*Visite de contrôle*	*24,00*

R = 1

ANESTHÉSIOLOGIE

Cabinet privé :

09127 Visite principale 16,00
Supplément de consultation 19,00
09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 35,00
09129 Visite de contrôle 8,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150 Visite principale. 15,00
09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 15,00
---- Supplément de consultation 25,00
09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 40,00

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

09135 Visite de contrôle. 10,00

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

15120 Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement. 25,00
NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :
09095 premier jour 66,00
09096 chaque jour subséquent 45,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient
09097 premier jour 68,00
09098 chaque jour subséquent 68,00

R = 1

Externe

09162	Visite principale	15,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	40,00
09145	Visite de contrôle	10,00

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	40,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

NOTE : La visite du nouveau-né est incluse dans le tarif anesthésiologique de l'accouchement.

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 ».

09201	*Visite principale*	*15,00*
----	*Supplément de consultation 25,00*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*40,00*
09202	*Visite de contrôle*	*10,00*

R = 1

BIOCHIMIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	41,50
----	Supplément de consultation 43,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,00
09129	Visite de contrôle	21,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	49,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,35
----	Supplément de consultation 35,65	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,00

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

09094	Visite de transfert	35,70

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

09152	Visite de contrôle	17,30

Externe

09162	Visite principale	31,50
----	Supplément de consultation 33,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
09164	Visite de contrôle	15,50

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 ».

09201	*Visite principale*	*31,50*
----	*Supplément de consultation 33,50*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*65,00*
09202	*Visite de contrôle*	*15,50*

R = 1

CARDIOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	49,75
----	Supplément de consultation 38,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	88,25
09129	Visite de contrôle	23,70

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	55,30
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,30
----	Supplément de consultation 29,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,75

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

09094	Visite de transfert	55,30

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

09152	Visite de contrôle	22,65
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	30,20

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	93,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

R = 1

09173 Télécommunication par téléscripteur comportant un rapport de consultation au médecin traitant 45,00

09163 Télécommunication avec supervision d'une ultrasonographie cardiaque incluant la rédaction d'un rapport spécifique, supplément pédiatrique (bénéficiaire de moins de 2 ans) 30,40

NOTE :
1. Ce service médical ne peut être facturé le même jour que les codes d'acte 08303 et 08311 par un même médecin et pour un même patient.
2. Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers suivants :
- CHUQ (Pavillon CHUL)
- CUSE (Site Fleurimont)
- Hôpital Ste-Justine
- L'Hôpital de Montréal pour Enfants

09221 Unité coronarienne (Pour la **première** visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade 47,10

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.*

09224 Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la **première** visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade 62,75

AVIS : *Avec les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire un code d'établissement 0XXX6, correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec, 0XXX9.*

Externe

09162 Visite principale 37,90
---- Supplément de consultation 28,35
09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 66,25
09164 Visite de contrôle 16,60

Salle d'urgence

09108 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 84,75

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

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

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

09147 Visite principale 20,00
09296 Visite principale subséquente, par trimestre 20,00

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

R = 1

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :

09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque	84,75
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	76,55

NOTE :

1. Le service médical codé 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :
- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM (Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc)
- CUSM (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital général de Montréal et Hôpital Royal Victoria)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Sainte-Justine
- CHUQ (CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec et Hôpital Saint-François d'Assise)
- Institut de Cardiologie de Québec (Hôpital Laval)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

AVIS :
- *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet «Rémunération à l'acte-Rédaction de la demande de paiement» pour l'identification du médecin qui a dirigé le malade.*
- *Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée pour le paiement de cet acte.*
- *Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.*

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale	84,75

R = 1

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

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Hôpital Laval
- CHUM - Hôpital Notre-Dame
- CHUM - Hôpital Saint-Luc
- CHUM - Hôtel-Dieu
- CUSM - Hôpital Royal Victoria
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- CUSM - Hôpital général de Montréal
- CUSM - Institut et Hôpital neurologiques de Montréal
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Sainte-Justine
- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CHUS - Hôtel-Dieu
- CHUQ - CHUL
- CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec
- L'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

AVIS :
- *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet «Rémunération à l'acte-Rédaction de la demande de paiement» pour l'identification du médecin qui a dirigé le malade.*
- *Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée pour le paiement de cet acte.*
- *Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.*

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 ».

09201	*Visite principale*	*37,90*
----	*Supplément de consultation 28,35*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*66,25*
09202	*Visite de contrôle*	*16,60*

R = 1

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	40,00
----	Supplément de consultation 5,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	45,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	55,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	50,00
09292	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.*

09129	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	31,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	31,00
----	Supplément de consultation 5,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	36,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	46,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	41,00
09152	Visite de contrôle	10,50

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

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	35,00

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.

R = 1

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	45,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	40,00
09164	Visite de contrôle	12,00

09293 Évaluation par un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier 35,00

Cet honoraire est payé au chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (Voir liste agréée des établissements).

Liste agréée des établissements en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CUSM-L'Hôpital de Montréal pour Enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CUSM-Hôpital Général de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Notre-Dame du CHUM
- CUSM-Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
- Hôpital Saint-Luc du CHUM
- Hôtel-Dieu du CHUM
- Institut de Cardiologie de Montréal
- L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B.Davis

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	36,00
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	46,00
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	41,00
09148	Visite de contrôle	10,50

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

R = 1

Domicile :

09171 Visite principale 30,00
09172 Visite de contrôle 11,00

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

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

09201 Visite principale 30,00
---- Supplément de consultation 5,00
09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*) 35,00
---- Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00
09285 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**) 45,00
---- Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00
09290 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***) 40,00
09292 Supplément de durée (****) 25,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09202 *Visite de contrôle 12,00*

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

R = 1

CHIRURGIE GÉNÉRALE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212, voir la Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	40,55
----	Supplément de consultation 21,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	61,55
09129	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	38,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	38,10
----	Supplément de consultation 9,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	47,60
09152	Visite de contrôle	13,50

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

09161	Tournée des malades le week-end	18,30
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	74,60
09096	chaque jour subséquent	50,90

AVIS : *- Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1re sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application no 6 et l'Annexe 29 de la Brochure no 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien général durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

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

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	100,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	300,00

Externe

09162	Visite principale	30,75
----	Supplément de consultation 16,85	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	47,60
09164	Visite de contrôle	12,00

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	38,75
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

09201	*Visite principale*	*30,75*
----	*Supplément de consultation 16,85*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*47,60*
09202	*Visite de contrôle*	*12,00*

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

R = 1

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

AVIS : *- Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212, voir la Règle d'application n° 21.*
- Pour la facturation de tous les codes de visite, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	46,10
----	Supplément de consultation 5,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	51,60
09292	Supplément de durée	30,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

09129	Visite de contrôle	18,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	39,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	39,00
09160	Consultation *(*)*	39,00
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	60,00

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée.*

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

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

R = 1

Externe

09162	Visite principale	35,20
----	Supplément de consultation 6,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***(*)***	41,50
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus	59,00

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée.*

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

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

09147	Visite principale	22,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,00

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

----	Supplément de consultation 17,60	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***(*)***	39,60
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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 ».

09201	*Visite principale*	*35,20*
----	*Supplément de consultation 6,30*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*41,50*
09202	*Visite de contrôle*	*14,50*

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

R = 1

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212, voir Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	41,00
----	Supplément de consultation 5,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	46,00
09292	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.*

09129	Visite de contrôle	21,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	35,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	35,00
----	Supplément de consultation 2,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	37,60
09152	Visite de contrôle	20,00

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

Externe

09162	Visite principale	33,50
----	Supplément de consultation 4,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	37,60
09164	Visite de contrôle	19,00

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

R = 1

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	28,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

09201	*Visite principale*	*33,50*
----	*Supplément de consultation 4,10*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*37,60*
09202	*Visite de contrôle*	*19,00*

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

DERMATOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09180, 09249, 09186, 09250, 09205 et 09251, voir Règle d'application n° 22, article 1 et l'article 2 pour la facturation des codes d'acte de cette section.*

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

Cabinet privé :

09180	Visite principale	38,15
----	Supplément de consultation 10,85	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	49,00
09220	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09182	Visite de contrôle	20,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09183	Visite principale	47,00
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 10,00	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09081	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09132	Visite de transfert	34,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09185	Visite de contrôle	16,50

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

R = 1

09174 Tournée des malades le week-end 22,00
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs
09095 premier jour 93,00
09096 chaque jour subséquent 54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient
09097 premier jour 68,00
09098 chaque jour subséquent 68,00

Externe
09186 Visite principale 26,00
---- Supplément de consultation 11,00
09250 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 37,00
09079 Supplément de durée 15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

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

09187 Visite de contrôle 13,00

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

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

09188 Visite principale 20,00
09297 Visite principale subséquente, par trimestre 20,00

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

09181 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 52,00
09189 Visite de contrôle 10,50

R = 1

Domicile :

09190 Visite principale 30,00
09191 Visite de contrôle 11,00

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

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

09205 *Visite principale 26,00*
---- *Supplément de consultation 11,00*
09251 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 37,00*
09089 *Supplément de durée 15,00*

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

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

09206 *Visite de contrôle 13,00*

R = 1

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,90
----	Supplément de consultation 52,70	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,60
09137	Supplément de durée *(*)*	30,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	24,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	55,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,10
----	Supplément de consultation 44,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,80
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	11,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	35,70
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	18,15
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	27,80

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	93,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	37,50
----	Supplément de consultation 44,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,80
09078	Supplément de durée	18,40

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

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

09164	Visite de contrôle	18,00

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 ».

09201	*Visite principale*	*37,50*
----	*Supplément de consultation 44,30*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*81,80*
09088	*Supplément de durée*	*18,40*

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

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

09202	*Visite de contrôle*	*18,00*

R = 1

GASTROENTÉROLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,00
----	Supplément de consultation 34,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,20
09137	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	20,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	49,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,00
----	Supplément de consultation 30,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,50
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	30,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	16,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	30,55

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	93,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	37,25
----	Supplément de consultation 31,65	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	68,90
09078	Supplément de durée	15,00

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

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

09164	Visite de contrôle	14,50

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 ».

09201	*Visite principale . . . . . .*	*37,25*
----	*Supplément de consultation 31,65*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . . . . . .*	*68,90*
09088	*Supplément de durée . . . . . .*	*15,00*

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

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

09202	*Visite de contrôle . . . . . .*	*14,50*

ADDENDUM 9. - GÉNÉTIQUE MÉDICALE

RÈGLE 1.
ÉVALUATION GÉNÉTIQUE FAMILIALE

1.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique familiale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique chez un patient, un couple ou sa descendance.

Est inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique familiale le supplément de consultation.

1.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, au cours de l'année suivant l'évaluation initiale, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique familiale s'applique.

RÈGLE 2.
ÉVALUATION GÉNÉTIQUE PRÉNATALE

2.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique prénatale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique ou de malformation chez le foetus/embryon actuel d'une patiente enceinte.

Est inclus dans l'honoraire d'évaluation génétique prénatale le supplément de consultation.

2.2 Lorsque plus d'une visite reliée à la même grossesse est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique prénatale s'applique.

RÈGLE 3.
ÉVALUATION GÉNÉTIQUE AU VU DU DOSSIER

3.1 Le médecin généticien a droit au paiement de cet honoraire pour l'évaluation génétique au vu du dossier d'un patient, d'un couple ou de sa descendance afin de déterminer le risque de maladie génétique.

Cet honoraire ne peut être réclamé par le médecin qui a déjà réclamé, à l'égard d'un même patient, l'honoraire d'évaluation génétique familiale ou prénatale.

RÈGLE 4.
SUPPLÉMENT POUR COMPLEXITÉ DE L'INVESTIGATION DE LABORATOIRE REQUISE EN RAISON D'UNE NON DISPONIBILITÉ AU QUÉBEC

4.1 Le médecin généticien a droit au paiement du supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire lorsque les tests diagnostiques nécessaires à l'évaluation d'un patient ou d'une famille ne sont pas disponibles au Québec et qu'il doit faire les recherches et démarches nécessaires à leur réalisation.

Le médecin généticien demandant ce supplément doit préciser le test requis et le laboratoire choisi (nom et lieu) pour sa réalisation.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le test requis ainsi que le nom et le lieu du laboratoire choisi. Une demande d'autorisation de la Régie étant requise pour la rémunération des codes d'acte 09005, 09010, 09018 et 09025, fournir le numéro de dossier inscrit sur le formulaire « Demande d'autorisation pour des services de laboratoire du Canada et Hors du Canada » (n° 3775), transmis par la Régie suite à sa décision.*

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 47,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
09001	Évaluation génétique familiale *(*)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale *(*)*	35,00
09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	70,00
09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale *(*)*	35,00
09129	Visite de contrôle	20,00
09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	70,00

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

AVIS : *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	75,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	75,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00

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

09008	Évaluation génétique familiale *(*)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00
09009	Évaluation génétique prénatale *(*)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00

AVIS : *(*) Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

09094 Visite de transfert 35,00
NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.

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

09152 Visite de contrôle 20,00
09161 Tournée des malades le week-end 26,60
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)
09010 Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec *(*)* 70,00
NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

Externe
09162 Visite principale 51,00
---- Supplément de consultation 39,00
09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 90,00

09013 Évaluation génétique familiale *(**)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 90,00
09014 Suivi d'évaluation génétique familiale *(**)*. 35,00
09015 Évaluation génétique prénatale *(**)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 90,00
09016 Suivi d'évaluation génétique prénatale *(**)*. 35,00
09017 Évaluation génétique au vu du dossier. 50,00

09164 Visite de contrôle 20,00
09018 Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec *(*)* 70,00
NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

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

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

09147 Visite principale 51,00
09296 Visite principale subséquente, par trimestre 51,00

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

AVIS : *(*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 -Génétique médicale.*
(**) Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

R = 1

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00
09021	Évaluation génétique familiale *(**)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
09022	Suivi d'évaluation génétique familiale *(**)*	35,00
09023	Évaluation génétique prénatale *(**)* (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale *(**)*	35,00
09148	Visite de contrôle	20,00
09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec *(*)*	70,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

09201	*Visite principale*	*51,00*
----	*Supplément de consultation 39,00*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*90,00*
09202	*Visite de contrôle*	*20,00*

AVIS :
(*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.
(**) Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

R = 1

GÉRIATRIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 00031, 00043 et 00064, voir Règle d'application n° 27.*

Cabinet privé

00030	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 35,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,00
00032	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

00034	Visite principale	51,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 47,10	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
15133	auprès d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	30,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	

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

00037	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert *(**)*	34,00
00039	Visite de contrôle	10,75

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

R = 1

00041	Tournée des malades le week-end	36,75
15139	Pour patient atteint de démence ou affecté par une perte de mobilité	51,00

AVIS : *- Inscrire le «SCORE» dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*
- Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.
Voir la règle 5.4 du préambule général.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053	premier jour	93,00
00054	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

00042	Visite principale	51,00
----	Supplément de consultation 65,45	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
00044	Supplément de durée *(*)*	15,00

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

00045	Visite de contrôle	10,75

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

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

00046	Visite principale	51,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre *(**)*	51,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
00049	Visite de contrôle *(***)*	10,75

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.5 du Préambule général.
(***) Voir la Règle d'application n° 27.

R = 1

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

00063	*Visite principale. . . . . .*	*51,00*
----	*Supplément de consultation 65,45*	
00064	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . . . . . .*	*98,10*
00065	*Supplément de durée (*) . . . . . .*	*15,00*
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	*Visite de contrôle . . . . . .*	*10,75*

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

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	44,40
----	Supplément de consultation 37,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,40
09129	Visite de contrôle	20,50

Cabinet privé (Groupe B)

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation (Groupe A)

09150	Visite principale	56,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,15
----	Supplément de consultation 24,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85

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

09094	Visite de transfert	39,30

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

09012	Visite de suivi oncologique	26,90

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

09152	Visite de contrôle	17,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,70

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moëlle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe.

00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	48,30
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	27,50

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095 premier jour 93,00
09096 chaque jour subséquent 54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097 premier jour 68,00
09098 chaque jour subséquent 68,00

Hospitalisation (Groupe B)

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

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

15008 Visite de transfert 60,65

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

15009 Visite de suivi oncologique 29,95

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

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

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moëlle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe.

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

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

15014	premier jour	93,00
15015	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale	34,30
----	Supplément de consultation 46,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85
09164	Visite de contrôle	14,75

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).

15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30

Externe (Groupe B)

15020	Visite principale	36,80
----	Supplément de consultation 55,30	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,10
15022	Visite de contrôle	19,00

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).

15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30

R = 1

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

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

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

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

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

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

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

Groupe A

09201	*Visite principale*	*34,30*
----	*Supplément de consultation 46,55*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*80,85*
09202	*Visite de contrôle*	*14,75*

Groupe B

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

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

R = 1

HYGIÈNE PUBLIQUE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09137	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	20,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	34,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	22,00

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

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

R = 1

09078 Supplément de durée 15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

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

09164 Visite de contrôle 14,75

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

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

09147 Visite principale 20,00
09296 Visite principale subséquente, par trimestre 20,00

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

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 72,00
09148 Visite de contrôle 10,50

Domicile :
09171 Visite principale 30,00
09172 Visite de contrôle 11,00

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

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

09201 Visite principale. 30,00
---- Supplément de consultation 25,00
09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 55,00
09088 Supplément de durée 15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

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

09202 Visite de contrôle 14,75

ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence, les honoraires de visite sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum. Elles s'appliquent en lieu et place de la règle 5 du préambule général.

RÈGLE 1.
VISITE ÉLABORÉE

1.1 La visite élaborée est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins deux (2) visites subséquentes par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et les visites subséquentes comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 2.
VISITE SIMPLE

2.1 La visite simple est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient dont la condition ne nécessite aucune ou, le cas échéant, qu'une seule visite subséquente par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et, le cas échéant, la visite subséquente comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

2.2 On ne peut réclamer à la fois le paiement d'une visite élaborée et d'une visite simple pour un même patient lors d'un même séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 3.
VISITE DE RÉÉVALUATION

3.1 La visite de réévaluation est la visite du médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, à la salle d'urgence, prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'un médecin omnipraticien qui cesse d'en avoir charge.

3.2 On distingue la visite de réévaluation simple et la visite de réévaluation élaborée.

La visite de réévaluation simple est la visite de prise en charge d'un patient dont la condition ne nécessite aucune autre visite subséquente par le même médecin.

La visite de réévaluation élaborée est la visite de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins une visite subséquente par le même médecin.

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

Une seule visite de réévaluation est payable par patient, par quart de travail. Un quart de travail s'entend d'une période d'activité continue de huit (8) heures.Toutefois, une visite de réévaluation ne peut être réclamée pour un patient lors d'un quart de travail lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

De plus, une seule visite de réévaluation est payable par jour, par patient, par médecin.

RÈGLE 4.
VISITE AUPRÈS D'UN PATIENT ADMIS

4.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient pendant son hospitalisation est rémunéré selon le tarif de la visite auprès d'un patient admis.

Elle comporte un examen du patient.

Pendant les 72 heures suivant l'admission du patient, on ne peut réclamer plus de deux visites par jour, par patient. Par la suite, une seule visite est payable par jour, par patient.

RÈGLE 5.
AUTRES VISITES

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient en clinique externe, en cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou à domicile est rémunéré selon le tarif de la visite qui y est applicable, tel que prévu à la nomenclature.

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

RÈGLE 6.
SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation interdisciplinaire en établissement dans les cas prévus à la nomenclature. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien qui ne bénéficie pas de privilèges en urgence dans le même établissement.

6.2 Un supplément d'honoraires est également accordé pour une consultation en médecine sportive en cabinet privé. Ce supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine sportive et qui est désigné par les parties négociantes.

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

6.4 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 avec le code de consultation interdisciplinaire approprié pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 7.
STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manoeuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré incluant, le cas échéant, l'initiation de la reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.
MAJORATION D'HONORAIRES

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

\+ i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de la moitié entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

\# ***AVIS :*** ***MODIFICATEURS À UTILISER POUR DEMANDER LA MAJORATION D'HONORAIRES :***

MOD=181
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 8 h à minuit, majoration du 1/3
MOD=182
NUIT, de minuit à 7 h, majoration de la 1/2
NUIT, de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit, majoration de la 1/2
MOD=183
SOIR, du lundi au vendredi, de 16 h à minuit, majoration du 1/3

ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : ***MODIFICATEUR À UTILISER POUR DEMANDER LA MAJORATION D'HONORAIRES :***

MOD=184
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 19 h, majoration du 1/3

8.2 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a également droit au paiement des honoraires majorés et des honoraires minimums prévus à la règle 14 du Préambule général, lorsqu'il est appelé pour une urgence, ailleurs qu'à la salle d'urgence. Les conditions prévues à la règle 14 s'appliquent, à l'exception de la période de majoration, laquelle est de 19 h à 7 h, tous les jours.

AVIS : ***MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE AILLEURS QU'À LA SALLE D'URGENCE :***

MOD=185
SOIR, de 19 h à minuit, majoration du 1/3
MOD=186
NUIT, de minuit à 7 h, majoration de la 1/2

Pour facturer les honoraires minimums, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :

#	*09203*	*de minuit à 7h*	*150,00*
#	*09204*	*de 19h à minuit*	*100,00*

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Le médecin a le choix entre le forfait d'urgence ou la facturation des actes avec les modificateurs appropriés, ***mais jamais les deux pour la même période de garde****.*

RÈGLE 9.
MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a droit à une majoration d'honoraires de 40 % pour les visites effectuées auprès d'un patient admis ou à la salle d'urgence, lorsque le patient est âgé de 70 ans et plus.

AVIS : *Les codes d'acte sont énumérés au manuel des médecins spécialistes dans des AVIS à la fin des sections « Centre hospitalier de soins de courte durée - Hospitalisation » et « Salle d'urgence ».*

R = 1

MÉDECINE D'URGENCE

AVIS : *.Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence.*

Cabinet privé

15201	Visite *(2*)*	25,00
-----	Supplément de consultation en médecine sportive 10,00	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive) *(3*)*.	35,00

AVIS : *Inscrire l'identification du médecin ou dentiste référant (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

15204	Visite auprès d'un patient admis *(1*)*	31,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire) *(3*)*	41,00

AVIS : *Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *(1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 4*
(2) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5*
(3) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6*

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095 premier jour 98,00
09096 chaque jour subséquent. 57,00

AVIS : *- Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs,
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1ère sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097 premier jour 68,00
09098 chaque jour subséquent 68,00

AVIS : *Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants:*

15222 Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus (2) . . . 43,40*
---- Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 14,00
15223 Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (4) 57,40*

AVIS : *Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Externe

15209 Visite *(3*)* 20,00

Salle d'urgence

15210 Visite simple *(1*)* 32,00
---- Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00
15212 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire) *(4*)* 42,00

AVIS : *Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS :
(1) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2*
(2) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 4*
(3) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5*
(4) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6*

R = 1

15213	Visite élaborée *(1*)*	79,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire) *(5*)*	89,00

AVIS : *Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15216	Visite de réévaluation élaborée *(3*)*	53,00
15217	Visite de réévaluation simple *(3*)*	21,00
15218	Stabilisation *(6*)*	25,00

\# ***AVIS :*** *Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section ACTES de la demande de paiement.*

AVIS : *Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :*

15224	*Visite simple, patient de 70 ans et plus (2*)*	*44,80*
----	*Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 14,00*	
15225	*Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*)*	*58,80*
15226	*Visite élaborée, patient de 70 ans et plus (1*)*	*110,60*
----	*Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 14,00*	
15227	*Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*)*	*124,60*
15228	*Visite de réevaluation élaborée, patient de 70 ans et plus (3*)*	*74,20*
15229	*Visite de réevaluation simple, patient de 70 ans et plus (3*)*	*29,40*

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

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

15219	Visite *(4*)*	10,00

Domicile

15220	Visite *(4*)*	30,00

AVIS :
(1) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 1*
(2) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2*
(3) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 3*
(4) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5*
(5) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6*
(6) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 7*

R = 1

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

Pour les visites, utiliser le code d'acte suivant 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 ».

15221	*Visite (1*)*	20,00

AVIS : *(1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5*

R = 1

MÉDECINE INTERNE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 00031, 00034, 00036, 00038 00043 et 00064, voir Règle d'application n° 27.*

Cabinet privé

00030	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 64,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,00
00033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

00034	Visite principale *(*)*	54,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre *(*)*	54,00
----	Supplément de consultation 89,30	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	143,30

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

00038	Visite de transfert *(*)*	54,00

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

00039	Visite de contrôle	19,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	35,00
00028	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	35,00

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.*

00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	46,67

AVIS : *Avec les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec 0XXX9.*

AVIS : *(*) Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.*

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053	premier jour	100,00
00054	chaque jour subséquent	60,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

00024	Visite de départ	80,00

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

Externe

00042	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 57,35	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
00045	Visite de contrôle	19,00

Salle d'urgence

00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,30

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

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

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

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre *(*)*	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
00049	Visite de contrôle *(**)*	10,50

AVIS : *(*) Voir la règle 5.5 du Préambule général.*
(**) Voir la Règle d'application n° 27.

R = 1

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

NOTE : À l'égard du médecin interniste, on applique la tarification de la néphrologie pour les dialyses.

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 ».

00063	*Visite principale . . . . . .*	*32,65*
----	*Supplément de consultation 57,35*	
00064	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . . . . . .*	*90,00*
00066	*Visite de contrôle . . . . . .*	*19,00*

R = 1

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	28,50
09129	Visite de contrôle	15,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	21,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	21,00
09094	Visite de transfert	21,00

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

09152	Visite de contrôle	15,50

Externe

09162	Visite principale	21,00
09164	Visite de contrôle	11,00

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

09201	*Visite principale*	*21,00*
09202	*Visite de contrôle*	*11,00*

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

RÈGLE 1.
PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE

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

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

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

AVIS : *Voir les codes d'acte 09020, 09030, 09032 et 09048 dans le tableau d'honoraires qui suit.*

RÈGLE 2
MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE

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

AVIS : *La facturation des codes d'acte 09026, 09027, 09041, 90042, 09043, 09047, 09074, 09075, 09076 et 15104 requiert un des diagnostics de l'Annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.*

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

LISTE DES MALADIES EN ÉMERGENCE (Actes codés 09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 09075, 09076 et 15104)

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

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

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

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

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

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

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

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09041, 09042, 09044, 09074, 09075, 09109, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212, voir Règle d'application n° 23.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	52,40
----	Supplément de consultation 43,70	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	96,10
09137	Supplément de durée *(*)*	27,50
09129	Visite de contrôle	24,70

Maladies infectieuses en émergence :

15104	Visite principale	45,80

NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	56,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,00
----	Supplément de consultation 39,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,40

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

09080	Supplément de durée *(*)*	11,00
09094	Visite de transfert	46,00

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

09152	Visite de contrôle	19,90
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	31,30

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

R = 1

Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste-infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale

09000	premier jour	96,30
09007	jour subséquent	20,80

NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste-infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les trente jours précédents.

Soins critiques :

09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse excluant les greffes cutanées, d'os ou de cartilage (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40
09019	Visite de contrôle	23,35

Maladies infectieuses en émergence :

09026	Visite principale	78,30
----	Supplément de consultation 30,10	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40

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

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
09030	Planification du traitement	54,70

NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

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

Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :

09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,40
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	49,20

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

R = 1

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	93,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	39,70
----	Supplément de consultation 29,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00
09078	Supplément de durée	16,50

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

09164	Visite de contrôle	17,70
	Maladies infectieuses en émergence :	
09041	Visite principale *(*)*	45,80
----	Supplément de consultation 40,90	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	86,70
	NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 09041 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.	
09043	Visite de contrôle *(*)*	20,80
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	108,40
09032	Planification du traitement	54,70
	NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	20,80
15003	Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés	86,70

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

R = 1

Salle d'urgence

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

Soins critiques nécessitant l'hospitalisation du patient :

09046 Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation)*(*)* 108,40

Maladies infectieuses en émergence :

09047 Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation)*(*)* 108,40

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

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

09048 Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement). 108,40

09049 Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index 49,20

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

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

09147 Visite principale 24,10

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 24,10

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

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 86,70

09148 Visite de contrôle 11,50

09037 Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index 45,00

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

Domicile :

09171 Visite principale 30,00

09172 Visite de contrôle 11,00

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

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 ».

09201	*Visite principale*	*39,70*
----	*Supplément de consultation 29,30*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*69,00*
09088	*Supplément de durée*	*16,50*

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

09202	*Visite de contrôle*	*17,70*
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	*Visite principale*	*45,80*
----	*Supplément de consultation 40,90*	
09075	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*86,70*

NOTE : Malgré la Règle d'application no 23, l'acte codé 09074 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.

09076	*Visite de contrôle*	*20,80*

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

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

09109	*Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)*	*108,40*
09020	*Planification du traitement*	*54,70*

NOTE : Les actes codés 09020, 09029, 09030, 09032, 09044 et 09109 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

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

09130	*Visite de contrôle*	*20,80*
15105	*Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés*	86,70

R = 1

NÉPHROLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,00
----	Supplément de consultation 37,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00
09137	Supplément de durée *(*)*	27,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	26,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	52,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	52,50
----	Supplément de consultation 29,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	36,80
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	19,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	26,50

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	101,00
09096	chaque jour subséquent	58,40

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	33,30
----	Supplément de consultation 29,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,00
09078	Supplément de durée	16,20

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

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

09164	Visite de contrôle	19,70

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

R = 1

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

AVIS : *Inscrire le modificateur* **170** *dans la case appropriée pour identifier les services en téléhémodialyse qui s'appliquent à l'un ou l'autre des codes d'acte 15040 à 15048 et inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT l'un ou l'autre des centres reconnus suivants :*
- *CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec*
- *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Pavillon St-Joseph et Pavillon Ste-Marie)*

Ces tarifs s'appliquent également à la téléhémodialyse dans les centres reconnus suivants :
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre Hospitalier de Charlevoix via l'Unité mobile DIALYS
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le CH régional de Rimouski
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre de santé de Portneuf via l'Unité mobile DIALYS
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre hospitalier de la Sagamie
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôpital Sainte-Croix
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôtel-Dieu d'Arthabaska

09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient	33,00
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient.	
15035	patient de plus de 16 ans	162,00
15036	patient de 16 ans ou moins	325,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient	
15040	dialyse initiale	84,40
	dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de plus de 16 ans	33,05
15042	patient de 16 ans ou moins	76,80
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de plus de 16 ans	35,85
15044	patient de 16 ans ou moins	83,60
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en semaine	
15045	patient de plus de 16 ans	35,85
15046	patient de 16 ans ou moins	83,60
	hémodialyse ayant lieu entre 00:00 heures samedi et 07:00 heures lundi, ou un jour férié	
15047	patient de plus de 16 ans	35,85
15048	patient de 16 ans ou moins	83,60

NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

R = 1

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

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

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

09201	*Visite principale . . . . . .*	*33,30*
----	*Supplément de consultation 29,70*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . . . . . .*	*63,00*
09088	*Supplément de durée . . . . . .*	*16,20*

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

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

09202	*Visite de contrôle . . . . . .*	*19,70*

R = 1

NEUROCHIRURGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212, voir la Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127 Visite principale 43,50
---- Supplément de consultation 21,80
09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*. 65,30
09292 Supplément de durée. 27,20

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

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

09129 Visite de contrôle 16,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150 Visite principale 33,70
09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 33,70
---- Supplément de consultation 31,60
09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)* 65,30
09152 Visite de contrôle 16,30

00088 Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crânio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique
premières 24 heures 250,00

Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM
15123 premières 24 heures 250,00

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

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

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

R = 1

Externe

09162	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 21,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	54,40
09164	Visite de contrôle	14,70

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

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

09147	Visite principale	21,75
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,75

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	65,30
09148	Visite de contrôle	11,40

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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 ».

09201	*Visite principale*	*32,65*
----	*Supplément de consultation 21,75*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*54,40*
09202	*Visite de contrôle*	*14,70*

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

R = 1

NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE ET
ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	58,15
----	Supplément de consultation 47,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,45
15134	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
09137	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	32,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	68,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,00
----	Supplément de consultation 36,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,40
15135	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00

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

09080	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	54,00

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

09152	Visite de contrôle	25,25
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	33,66

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	93,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

09162	Visite principale	43,65
----	Supplément de consultation 38,45	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,10
15136	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
09078	Supplément de durée	15,00

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

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

09164	Visite de contrôle	24,80

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,00
15137	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00

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

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,20
09148	Visite de contrôle	10,50

R = 1

Domicile :

09171 Visite principale 30,00
09172 Visite de contrôle 11,00

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

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

09201 Visite principale 43,65
---- Supplément de consultation 38,45
09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 82,10
15138 enfant de moins de 13 ans, supplément. 10,00
09088 Supplément de durée 15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

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

09202 Visite de contrôle. 24,80

R = 1

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09149, 09165, 09281, 09286, 09175, 09170, 09283, 09288, 09209, 09212, 09285, 09290, 15080, 15090 et 15113, voir la Régle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09149	Visite principale	34,55
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément *(****)*	16,00
----	Supplément de consultation 26,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	61,20
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 31,15	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	65,70
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 27,15	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	61,70
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	61,20

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

09292	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.*

09129	Visite de contrôle	15,00
09138	Visite prénatale	16,00
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09151	Visite principale	36,30
15109	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément *(****)*	16,00
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00

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

R = 1

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,30
----	Supplément de consultation 21,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	57,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,90	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	65,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 22,40	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	58,70
	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 28,90	
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	65,20
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1.*	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	57,70
	AVIS : *Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*	
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	105,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique *(**)*	25,00
15085	Supplément de durée *(***)*	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
09152	Visite de contrôle	13,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	13,50
	AVIS : *Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».*	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9. (****)*	

AVIS :
(*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
(**) Voir la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.
(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.
(****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

R = 1

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	16,50
	AVIS : *SOINS D'URGENCE* *Voir la règle 14 du Préambule général.*	
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (****).*	
00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	75,00
	AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*	
15087	visite subséquente	25,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance.	75,00
	AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*	
15089	visite subséquente	25,00
	Externe	
09175	Visite principale	25,90
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément ***(****)***	16,00
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
----	Supplément de consultation 22,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***(*)***	48,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 30,30	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***(**)***	56,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 23,80	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***(***)***.	49,70

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

R = 1

15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	56,20
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1*	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	48,70
	AVIS : *Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*	
15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	105,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	AVIS : *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.*	
09164	Visite de contrôle	12,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	12,00
	AVIS : *Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».*	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (*).*	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	16,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (*).*	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00

AVIS : *(*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	75,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15096	visite subséquente	25,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection.	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	75,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15098	visite subséquente	25,00
09192	Clinique des tumeurs	
	pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	21,50
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	25,90
09065	visite de contrôle	21,50

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

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

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(***)*	46,70
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	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.

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 ».

09209	*Visite principale*	*25,90*
15111	*Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (*****)*	*16,00*
----	*Supplément de consultation 22,80*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*48,70*
----	*Supplément de consultation intradisciplinaire 30,30*	
09285	*Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)*	*56,20*
----	*Supplément de consultation interdisciplinaire 23,80*	
09290	*Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)*	*49,70*
15113	*Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (******)*	*48,70*
15128	*Supplément de durée (****)*	*20,00*

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

09202	*Visite de contrôle*	*12,00*
15117	*Visite prénatale, grossesse normale*	*12,00*
15141	*Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément*	*16,00*

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

15119	*Visite prénatale, grossesse à risque élevé*	*16,50*
15142	*Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément*	*16,00*

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

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

OPHTALMOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09252, 09254, 09281, 09286, 09253, 09255, 09283, 09288, 09265, 09256, 09285, 09290, 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 :

09252	Visite principale	40,20
----	* Supplément de consultation 5,00	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	45,20
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	55,20
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
09286	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.*

09292	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.*

09123	**Évaluation neuro-ophtalmologique	78,00
09129	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

09150	Visite principale	38,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	38,00
----	* Supplément de consultation 5,25	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	43,25
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,25	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	53,25
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,25	
09287	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.*

09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	75,00
09152	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

09253	Visite principale	29,85
----	* Supplément de consultation 5,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	34,85
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	44,85
----	* Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00	
09288	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.*

09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	62,00
09164	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.

R = 1

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

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

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,00

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

09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	43,25
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	53,25
09289	* 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.*

09148	Visite de contrôle	16,00

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	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.

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 ».

09265	*Visite principale*	*29,85*
----	** Supplément de consultation 5,00*	
09256	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*34,85*
----	** Supplément de consultation intradisciplinaire 15,00*	
09285	*Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)*	*44,85*
----	** Supplément de consultation interdisciplinaire 10,00*	
09290	*Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)*	*39,85*
15103	*Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport*	*34,85*

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

09202	*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.

R = 1

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09281, 09162, 09170, 09283, 09201, 09212 et 09285, voir la Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	40,80
----	Supplément de consultation 5,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	46,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	57,05
09292	Supplément de durée	26,90

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

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

09129	Visite de contrôle	18,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	40,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	40,80
----	Supplément de consultation 5,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	46,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	57,05
09152	Visite de contrôle	16,50

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

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

R = 1

Externe

09162	Visite principale	31,55
----	Supplément de consultation 5,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	37,05
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	47,80
09164	Visite de contrôle	14,70

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

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

09147	Visite principale	21,45
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,45

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	41,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(**)*	53,30
09148	Visite de contrôle	11,25

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	41,95

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

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 ».

09201	*Visite principale*	*31,55*
----	*Supplément de consultation 5,50*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	*37,05*
----	*Supplément de consultation intradisciplinaire 16,25*	
09285	*Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)*	*47,80*
09202	*Visite de contrôle*	*14,70*

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

ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE

RÈGLE 1.
EXAMEN GÉNÉRAL

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

RÈGLE 2.
SOINS D'UN NOUVEAU-NÉ

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

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

RÈGLE 3.
SOINS À L'ACCOUCHEMENT

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

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

RÈGLE 4.
CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

RÈGLE 5.
SUPPLÉMENT DE DURÉE

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine - sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

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

R = 1

PÉDIATRIE

Cabinet privé :

09127 Visite principale 32,65
---- Supplément de consultation 62,35
09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 95,00
00082 Supplément de durée. 59,00

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

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

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

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

09194 Examen général 32,65

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

09129 Visite de contrôle 32,65

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150 Visite principale 73,00
09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 73,00
---- Supplément de consultation 19,50
09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 92,50
09094 Visite de transfert. 37,40

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

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

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

R = 1

09152 Visite de contrôle. 20,41
00086 Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération . 76,00

AVIS : *Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

00081 Soins du nouveau-né 49,50

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

09161 Tournée des malades le week-end 43,60
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs
09095 premier jour 116,25
09096 chaque jour subséquent 54,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient
09097 premier jour 68,00
09098 chaque jour subséquent. 68,00

Surveillance à l'unité des soins intensifs (Réf. : Annexe 29; art. 4.8)
00010 Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel. 25,00
Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

15114 Visite par un autre pédiatre pour patient ayant subi une greffe. . . . 57,00
NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre.
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour.

Externe
09162 Visite principale. 25,45
---- Supplément de consultation 39,55
09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 65,00
00083 Supplément de durée. 26,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme.

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

R = 1

15115 Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 65,00

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

09196 Examen général 23,75

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

09164 Visite de contrôle 16,50

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

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

09147 Visite principale 20,00
09296 Visite principale subséquente, par trimestre 20,00

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

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 84,60
09148 Visite de contrôle 10,50

Domicile :

09171 Visite principale 30,00
09172 Visite de contrôle 11,00

Divers :

00079 Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes) 65,00

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé dans la case appropriée ou sinon tous les éléments de son identité (voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », section 3.2.1.4 « La personne ne peut présenter sa carte d'assurance maladie ».*
Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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 ».

09201	*Visite principale . . . . . .*	*25,45*
----	*Supplément de consultation 39,55*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . . . . . .*	*65,00*
00084	*Supplément de durée . . . . . .*	*26,00*

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

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

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

09202	*Visite de contrôle . . . . . .*	*16,50*

R = 1

PHYSIATRIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	51,70
----	Supplément de consultation 40,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,50
09137	Supplément de durée *(*)*	27,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	28,70

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	65,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,40
----	Supplément de consultation 35,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	44,40
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	23,70
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	31,60

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

R = 1

Externe

09162	Visite principale	38,60
----	Supplément de consultation 31,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,70
09078	Supplément de durée *(*)*	16,30

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

09164	Visite de contrôle	21,50

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60

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

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

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

09147	Visite principale	26,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,10

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	97,90
09148	Visite de contrôle	13,70

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

R = 1

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

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

09201	*Visite principale*	*38,60*
----	*Supplément de consultation 31,10*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*69,70*
09088	*Supplément de durée (*)*	*16,30*
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	*Visite de contrôle*	*21,50*

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

PNEUMOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,25
----	Supplément de consultation 50,85	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,10
09137	Supplément de durée *(*)*	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
09129	Visite de contrôle	42,25
09142	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	51,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,35
----	Supplément de consultation 38,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,35
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	36,40
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	18,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,25

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

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	99,50
09096	chaque jour subséquent	57,80

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Transplantation

09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	80,25

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

Externe

09162	Visite principale	32,60
----	Supplément de consultation 48,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,50
09078	Supplément de durée	16,05

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

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

09164	Visite de contrôle	32,60
09154	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	15,00

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

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

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

09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,50
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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

09201	*Visite principale*	*32,60*
----	*Supplément de consultation 48,90*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*81,50*
09088	*Supplément de durée*	*16,05*

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

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

09202	*Visite de contrôle*	*32,60*
09155	*Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)*	*15,00*

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

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE

RÈGLE 1.
THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 2.
ENTREVUE AVEC UN TIERS

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

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

On calcule cet honoraire comme suit :

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

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

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

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

RÈGLE 3.
INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

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

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

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

Courte intervention

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

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.
VISITES, CONSULTATIONS ET THÉRAPIES

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

En pareil cas, on exige :

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

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

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

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

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

RÈGLE 5.
UNITÉS DE TEMPS

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

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

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

R = 1

PSYCHIATRIE

Cabinet privé :

08920	Visite principale	43,50
----	Supplément de consultation 59,80	
08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,30
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	51,50
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 63,50	
08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	115,00
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	51,50
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 63,50	
08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	115,00
08922	Visite de contrôle	24,70

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

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	20,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08840	patients de 65 ans et plus	20,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	24,60

AVIS : *Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

08970	Visite principale	50,90
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	50,90

R = 1

08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
----	Supplément de consultation 38,30	

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

08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	60,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans 34,70	
08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	60,30
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	60,30
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 34,70	
08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
08905	Visite de transfert	34,00

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

08972	Visite de contrôle	17,60

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

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	20,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08844	patients de 65 ans et plus	20,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : *Pour facturer les codes d'acte 08974 et 08975, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

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

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08822	courte intervention, par minute . . . . . (maximum 20,41$)	1,57
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	19,70
	AVIS : *Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.*	
08977	Électroconvulsothérapie (ECT)	35,00
08961	Tournée des malades le week-end . . . . . (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	23,40
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	93,00
08919	chaque jour subséquent	54,00

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

	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	*premier jour . . . . . .*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent . . . . . .*	*68,00*
	Externe	
08980	Visite principale	*32,30*
----	Supplément de consultation 56,90	
08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70	
08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus. .	38,30
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
08982	Visite de contrôle	17,60

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

R = 1

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08845	patients de moins de 12 ans	20,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08849	patients de 65 ans et plus	20,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : *Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

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

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08824	courte intervention, par minute (maximum 20,41$)	1,57
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	19,70

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

08987	Électroconvulsothérapie (ECT)	35,00

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

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

08940	Visite principale	32,30
08947	Visite principale subséquente, par trimestre	32,30

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

08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	38,30
08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale géronto-psychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	95,00
08941	Visite de contrôle	17,60

R = 1

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	20,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08853	patients de 65 ans et plus	20,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20.90
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : *Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

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

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention, par minute (maximum 20,41$)	1,57
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	19,70

AVIS : *Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.*

Domicile :

08945	Visite principale	30,00
08946	Visite de contrôle	11,00

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 ».

08989	*Visite principale*	*32,30*
----	*Supplément de consultation 56,90*	
08991	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*89,20*
08795	*Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)*	*38,30*
----	*Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70*	
08914	*Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)*	*95,00*
08796	*Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus*	*38,30*
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
08797	*Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)*	*95,00*
08990	*Visite de contrôle*	*17,60*
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08954	*patients de moins de 12 ans*	*20,00*
08955	*patients de 12 ans à moins de 18 ans*	*20,00*
08956	*patients de 18 ans à moins de 65 ans*	*20,00*
08957	*patients de 65 ans et plus*	*20,00*
08958	*Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps*	*20,90*
08959	*Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps*	*20,90*

AVIS : *Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

08960	*Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps*	*20,90*
08962	*Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps*	*19,70*

AVIS : *Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.*
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08963	*courte intervention, par minute (maximum 20,41 $)*	*1,57*
08964	*longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)*	*19,70*

AVIS : *Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.*

R = 1

RADIO-ONCOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	41,00
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	41,00
----	Supplément de consultation 38,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
09129	Visite de contrôle	24,00
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	24,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

Hospitalisation

09150	Visite principale	48,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	48,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09080	Supplément de durée	10,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09094	Visite de transfert	34,00
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	34,00

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*

09152	Visite de contrôle	18,15
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,15
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,20

R = 1

09143 Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) 24,20
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).

Externe

09162 Visite principale 30,50
09144 Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) 30,50
---- Supplément de consultation 34,50
09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation). 65,00
09078 Supplément de durée 15,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09164 Visite de contrôle 18,00
09146 Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) 18,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

09147 Visite principale 20,00
09296 Visite principale subséquente, par trimestre 20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 79,00
09148 Visite de contrôle 10,50

Domicile :

09171 Visite principale 30,00
09172 Visite de contrôle 11,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :
09168 Évaluation par un radio-oncologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant rapport au dossier hospitalier.
Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes 30,00

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 ».

09201	*Visite principale*	*30,50*
09214	*Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)*	*30,50*
----	*Supplément de consultation 34,50*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*65,00*
09088	*Supplément de durée*	*15,00*

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09202	*Visite de contrôle*	*18,00*
09215	*Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)*	*18,00*

R = 1

RHUMATOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 00031, 00043 et 00064, voir Règle d'application n° 27.*

Cabinet privé

00030	Visite principale	49,15
----	Supplément de consultation 53,85	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,00
00032	Supplément de durée *(*)*	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

Hospitalisation

00034	Visite principale	51,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 28,00	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
00037	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert	34,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
00039	Visite de contrôle	19,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	25,33

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

R = 1

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053	premier jour	93,00
00054	chaque jour subséquent	54,00

AVIS : *- Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1re sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	*premier jour*	*68,00*
09098	*chaque jour subséquent*	*68,00*

Externe

00042	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 28,70	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,35
00044	Supplément de durée *(*)*	15,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

00045	Visite de contrôle	20,50

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre *(**)*	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle *(***)*	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.5 du Préambule général.
(***) Voir la Règle d'application no 27.

R = 1

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)*
Voir la règle 17 du Préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

00063	*Visite principale*	*32,65*
----	*Supplément de consultation 28,70*	
00064	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation*	*61,35*
00065	*Supplément de durée (*)*	*15,00*
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	*Visite de contrôle*	*20,50*

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

R = 1

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	57,00
----	Supplément de consultation 47,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,00
09137	Supplément de durée *(*)*	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

Hospitalisation

09150	Visite principale	61,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,00
----	Supplément de consultation 32,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,00
	AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*	
09080	Supplément de durée *(*)*	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	34,00
	AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	17,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	22,67

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

R = 1

Externe

09162	Visite principale	39,00
----	Supplément de consultation 32,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	71,00
09078	Supplément de durée	15,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09164	Visite de contrôle	14,75

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

R = 1

00085 Évaluation en santé communautaire par heure 104,00

L'évaluation en santé communautaire est effectuée sur demande écrite d'un établissement de santé ou d'un organisme ayant obtenu l'autorisation du directeur régional de santé publique. Selon la nature de la demande, l'évaluation comporte l'une et l'autre des activités suivantes : l'analyse du problème, l'établissement de recommandations, la coordination d'activités, l'évaluation d'activités ou de résultats.

L'évaluation en santé communautaire comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : *Aux fins de la facturation, le professionnel dont le numéro de spécialité est **38**, doit inscrire :*
- *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 00085 **seul**, sur le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin »;*
- *le code d'acte sur une seule ligne et le nombre d'heure(s) dans la case UNITÉS;*
- *SANTÉ COMMUNAUTAIRE dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE;*
- *le code d'établissement dans la case appropriée.*

Aucun modificateur n'est applicable.

Transmettre une attestation de l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique suite à la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évalualion en santé communautaire est réalisée.

À défaut de se conformer à cet AVIS, le service sera refusé avec le message explicatif 916.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)*
Voir la règle 17 du Préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201 *Visite principale* 39,00
---- *Supplément de consultation 32,00*
09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* 71,00
09088 *Supplément de durée* 15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.*

09202 *Visite de contrôle* 14,75

R = 1

UROLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212, voir la Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	40,00
----	Supplément de consultation 11,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	51,30
09129	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

Hospitalisation

09150	Visite principale	33,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	33,80
----	Supplément de consultation 17,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	50,80
09152	Visite de contrôle	13,50

AVIS : *SOINS D'URGENCE*
Voir la règle 14 du Préambule général.

Externe

09162	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 9,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	42,10
09164	Visite de contrôle	12,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) *(*)*	39,25
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.*

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 ».

09201	*Visite principale*	32,30
----	*Supplément de consultation 9,80*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)*	42,10
09202	*Visite de contrôle*	12,00

AVIS : *(*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.*

R = 1

HORS DISCIPLINE

AVIS : *Voir la règle 22 du Préambule général.*

*Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires de la sécurité du revenu (Réf. : article **22 u**, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).*

Cabinet privé :

09128	Visite principale	30,00
09139	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

Hospitalisation

09158	Visite principale	25,00
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	25,00
09159	Visite de contrôle	10,50

Externe

09177	Visite principale	25,00
09178	Visite de contrôle	10,50

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.*

09197	Visite principale	25,00
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	25,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

09198	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09179	Visite principale	30,00
09199	Visite de contrôle	11,00

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 ».

09210	*Visite principale*	*25,00*
09211	*Visite de contrôle*	*10,50*

R = 1

DIVERS

Constat de décès :

09200 rédaction de la déclaration de décès 25,00
(formulaire SP3)

AVIS : *Voir la règle 20 du Préambule général.*

00080 Surveillance
première demi-heure 25,00
par quart d'heure additionnel. 25,00

AVIS : *Réf. : règle 9 du Préambule général.*

Pour facturer des actes de surveillance codés 00080, fournir les renseignements suivants :

- *des notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex: dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);*

- *l'inscription de l'heure de début et de fin de la surveillance;*

- *le code du diagnostic. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*

- *la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;*

- *le nombre total des unités dans la case UNITÉS. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel (voir 3.2.6 à la section 6 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »);*

- *la lettre « A » dans la case CS.*

R = 1

09246 Surveillance pendant un transfert ambulancier inter-hospitalier
première demi-heure 50,00
par quart d'heure additionnel 50,00

AVIS : *Voir la règle 9.3 du Préambule général.*
Inscrire dans la case UNITÉS le total des unités, correspondant au temps parcouru pour l'aller seulement, selon les instructions qui figurent sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » à la section 3.2.6.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la case ÉTABLISSEMENT et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de tout autre gare d'embarquement.

08925 Thérapie de communication 30,00
Voir règle 7 du Préambule général

AVIS : *Voir la règle d'application n° 2.*

R = 1

ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N^{O} 6)

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

1) Un questionnaire portant sur :
a) les antécédents familiaux du patient;
b) les antécédents personnels du patient;
c) la problématique présentée par le patient;
d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
- nez, gorge, oreilles
- yeux
- système digestif
- système cardio-vasculaire
- système respiratoire
- système génito-urinaire
- système nerveux
- appareil locomoteur
- système endocrinien.

2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.

4) Un examen clinique des régions suivantes :
- peau
- phanères
- ganglions
- tête
- cou
- thorax
- abdomen
- organes génitaux (sauf contre-indication)
- colonne et extrémités.

5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.

7) La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
- le bilan médical et le pronostic
- le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
- les suggestions d'allocation de services.

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	100,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	30,00

EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N^{O} 5)

Au cabinet :

00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	280,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	120,00

Dans un établissement :

00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	230,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	100,00

09069	pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans sur présentation de notes explicatives par demi-heure additionnelle, supplément.	35,00

AVIS : *Fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

R = 1

EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE (LETTRE D'ENTENTE N^O 62)

08854 examen clinique psychiatrique demandé par une ordonnance de cour en vue d'une cure fermée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental incluant la rédaction du rapport 150,00

EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N^O 64)

Au cabinet :

09070 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 120,00

Dans un établissement :

09071 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 100,00

Supplément :
(cabinet ou établissement)

09073 supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives) 35,00

AVIS : *Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*
Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.

09077 Temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, autre qu'à titre d'expert, par heure 100,00

AVIS : *Inscrire les honoraires au prorata du temps de la vacation effectué à la Cour du Québec;*
Fournir les informations suivantes dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure du début et de fin de la période de vacation;
- la durée totale.

R = 1

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicté par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800 complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre 20,00

AVIS : *Si un examen du requérant doit être effectué afin de compléter le rapport médical du médecin traitant, la facturation de ce rapport et de l'examen déjà prévu à l'entente devra se faire* ***sur la même demande de paiement*** *selon la procédure habituelle pour ce type de service, en* ***inscrivant le modificateur 002*** *dans la case MOD en regard de l'examen demandé.*

Le code d'acte 09800 et le code d'acte de l'examen accompagné par le modificateur 002 ne sont pas reconnus par la CSST. Il faut les facturer ***sans*** *inscrire la lettre « S » dans la case C.S.*

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801 pour l'information fournie 20,00

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825 Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent 25,00

09826 Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent. 25,00

R = 1

ANNEXE 30
Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers physiatriques en réadaptation lourde

1. Patient hospitalisé

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le médecin traitant est un physiatre et où la réadaptation se fait par équipe interdisciplinaire (6 intervenants médicaux ou paramédicaux ou plus, dans des domaines différents pour des malades avec atteinte des fonctions supérieures et 5 intervenants pour les autres malades) auprès d'un malade traité pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

09084 Évaluation hebdomadaire par le physiatre traitant
L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier 68,50

09085 Plan d'intervention individualisée (P.I.I.)
Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille, le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant :
- La description de la déficience, de l'incapacité et du handicap
- Le plan de traitement par objectif avec échéancier 171,40

2. Clinique externe

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le physiatre est le médecin responsable au sein d'une équipe interdisciplinaire et où il évalue des malades traités pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

09086 Évaluation médico-handicap
Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne-ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend :
- la description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap
- le plan de traitement de réadaptation. 85,70

ANNEXE 24
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 11,25

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment .

1° la date de l'accident du travail;

2° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;

4° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;

5° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission 16,00

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission 13,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

A) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;

B) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

1° l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

2° l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;

3° l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission 16,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

. relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
. relation entre le diagnostic et les traitements;

. précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
. existence de limitations fonctionnelles;
. existence d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation;
. existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
. identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929 rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission 25,00

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport :

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

. diagnostic et évolution;
. antécédents et pathologies au siège de la lésion;
. conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
. examens subjectifs et objectifs;
. examens paracliniques réalisés et prévus;
. consultations réalisées et prévues;
. traitements en cours et prévus;
. possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
. possibilité de limitations fonctionnelles;
. possibilité de retour au travail avant consolidation;

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907 pour l'information verbale fournie 50,00

B) Considération en raison de la complexité :

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914 25,00
09915 50,00
09916 75,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin. 75,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1° le diagnostic;

2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé. 100,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1° le diagnostic;

2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910 rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur. 150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Médecin qui a charge

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 295,00

09901 supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales 60,00

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1° évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 400,00

09902 supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales 60,00

R = 1

2° évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09946 examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 440,00

09980 supplément pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou psychiatrie pour pathologies cérébrales, organiques ou mentales 60,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947 50,00
09948 100,00
09949 150,00

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES

A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur.
Les membres du comité posent un diagnostic, établissent la relation et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récidive, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934 production et transmission à la Commision du rapport, pour chaque médecin membre du comité 235,00

09933 production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité 60,00

09935 le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de 50,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu	60,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	115,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier

09903	. . . . .	25,00
09904	. . . . .	50,00
09905	. . . . .	75,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE

A) Nature du rapport

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomopathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission.	295,00

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1° le diagnostic;

2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier	270,00
09939	avis donné après examen du travailleur	350,00
09940	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'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun	350,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	60,00
09941	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.

09981	. . . . .	150,00
09982	. . . . .	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.

09919	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..

09970	rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	40,00

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

A) Assignation 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.

09971 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.

09972 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.

09942 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.

09911	. . . . .	25,00
09912	. . . . .	50,00
09913	. . . . .	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.

09975	pour la rédaction de la fiche d'évalualion 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**
Électrophysiologie **C-19**
Cathétérisme veineux **C-21**
Diabétothérapie **C-22**
Dialyse **C-23**
Hémodialyse **C-23**
Électroencéphalographie **C-24**
Électromyographie **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**
Phoniatrie **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**

Instalation 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**

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération pour l'anesthésie locale reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs », « unilatéral ou bilatéral », ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

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.

Allergie

	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté)		
00100	une seule ou plusieurs injections dans la même séance	3,00	4,00

AVIS : *Voir la règle d'application n° 1.*

	Cuti-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par séance :		
00101	10 tests et moins	10,00	12,00
00151	plus de 10 tests	20,00	25,00
	Scarification ou intradermoréaction aux venins d'insectes ou à un médicament		
00150	par séance	28,00	35,00
00107	Transfert passif	30,00	36,00
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	36,00	
	Test par application (patch test) :		
00162	10 tests et moins	8,00	12,00
00163	plus de 10 tests	16,00	28,00
00152	Perfusion intra-veineuse de gamma globuline, incluant la surveillance	50,00	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	91,40	91,40	
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	150,00		
00367	Test de provocation orale spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	115,00		
00211	Test de provocation cutanée spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	75,00		
00334	Désensibilisation aux médicaments incluant tous les soins, par jour	250,00		
00815	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation	40,00		
00161	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une ou plusieurs injections par séance	9,00	11,00	
	Dosages d'IgE spécifiques			
00781	Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement)	20,00	20,00	
	Analyses de laboratoire			
00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation (cet acte n'est payable qu'aux néphrologues)	3,25	4,00	
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)		1,50	
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Angiologie			
	La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie per-cutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu,l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25%. (MOD=016)			
	Angiographie veineuse :			
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)			
	veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)			
00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	22,00		4
00233	bénéficiaire de moins de 2 ans	35,00		5
	veine thoracique ou abdominale			
00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	41,00		4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans	61,00		4
	par dissection veineuse :			
	veine cave supérieure ou inférieure			
00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	55,00		4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans	85,80		4
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine			
00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	75,00		4
----	(maximum de 187,50$)			
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50		4
----	(maximum de 281,25$)			
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*			
	Angiographie artérielle :			
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)			
	artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)			
00142	bénéficiaire de 2 ans ou plus	26,00		4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,00		4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	artère sous-clavière			
00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	67,00		5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,00		5
	artère carotide ou vertébrale			
00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	65,00		5
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	97,50		5
	artère thoracique ou abdominale			
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)			
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	55,00		4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	82,00		5
	aortographie translombaire			
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	72,00		5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	108,00		5
	par dissection artérielle :			
	aortographie non-sélective (y compris l'aorte ascendante)			
00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	79,00		4
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50		5
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coeliaque, mésentérique, bronchique)			
	ajouter à l'aortographie non-sélective			
00134	bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,00		
----	(maximum de 100,00 $)			
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	36,00		
----	(maximum de 144,00$)			
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*			
	Coronarographie			
00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	126,00		5
00488	bénéficiaire de moins de 2 ans.	189,00		5
	Angiocardiographie :			
	non sélective (par voie veineuse)			
00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	30,00		5
00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	45,00		6
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire			
00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus.	79,00		5
----	(maximum de 158,00 $)			
01091	bénéficiaire de moins de 2 ans	118,00		6
----	(maximum de 236,00 $)			
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires :			
00224	avec coronarographie	236,00		4
00225	sans coronarographie	184,00		4
	Aphérèse			
	Erythrocytaphérèse			
00439	bénéficiaire de moins de 14 ans	150,00		
00440	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
	Leucaphérèse			
00434	bénéficiaire de moins de 14 ans	150,00		
00433	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
00406	Plaquettaphérèse	125,00		
	Aspiration			
00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	9,75	9,75	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	15,00	15,00	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	11,70	13,80	4
	Audiométrie			
	Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.			
	tonale			
00180	interprétation et technique de procédé	7,00	9,10	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	4,40	4,40	
00747	interprétation et technique de procédé	17,20	23,40	
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	2,80		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes transtympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	102,10		6
00779	Évaluation auditive avec médicaments (glycérol)	4,60	17,20	
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale		5,40	
	Biopsie (unique ou multiple)			
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
00165	anus	17,00	20,00	4
00166	aponévrose	39,00	45,00	4
00167	bouche	18,00	21,50	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00168	bourse profonde	52,00	52,00	4
00169	bourse superficielle	24,00	24,00	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	35,50		
00173	conduit auditif externe	16,10	19,30	4
---	conjonctive	(Voir oeil)		
00179	estomac (perorale)	17,00	17,00	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée)	55,00	55,00	4
00183	gaine tendineuse	39,00	45,00	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal)	31,70	31,70	4
00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	112,50	112,50	5
00185	gencives	11,70	13,80	4
00187	glandes salivaires	25,80	31,20	4
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	50,00		4
00190	intestin grêle (perorale)	45,00	45,00	
00192	langue	18,00	21,50	4
----	larynx	(Voir laryngoscopie)		
00194	lèvre	11,70	13,80	4
00195	ligament	35,00	41,00	4
00308	masse cervicale (à l'aiguille)	28,50	28,50	4
	moelle osseuse :			
	aspiration seulement			
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus	18,00	18,00	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans	29,20	29,20	4
00197	aspiration et interprétation		31,20	4
00199	Silverman (aiguille de...), technique seulement	13,00	16,00	4
00202	muscle	100,00	100,00	4
00220	nerf périphérique	100,00	100,00	4
00203	nez	16,75	20,00	4
00204	nez : tumeur endonasale	23,10	27,40	4
----	orbite	(Voir oeil)		
00207	oreille moyenne	18,00	18,00	4
00273	osseuse à l'aiguille	44,40		4
	avec aspiration de moelle osseuse			
00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus	62,30		4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans	73,60		4
	osseuse ouverte :			
----	os mineur	(Voir système musculo-squelettique)		
----	os majeur	(Voir système musculo-squelettique)		
00213	palais	18,00	21,50	4
----	paupières et sourcils	(Voir oeil)		
00215	peau et tissus sous-cutanés	14,00	14,00	4
00221	pharynx	18,00	21,50	4
00222	plèvre : à l'aiguille	150,00	150,00	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	165,00		4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00226	préscalénique	63,00	63,00	4
00227	prostate (à l'aiguille)	37,80	37,80	4
00223	rate (avec manométrie)	52,00	52,00	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	58,00	58,00	4
00231	rectum	11,00	13,00	4
00232	rein (à l'aiguille)	100,00	100,00	4
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	14,50	18,50	4
00236	sinus	16,10	16,10	4
00238	tendon	35,00	41,00	4
	testicules :			
00241	unilatérale ou bilatérale	41,90	50,50	4
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	55,90	66,60	4
00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	28,00	28,00	
----	transtrachéale ou transbronchique	(Voir bronchoscopie)		
00244	urètre (sans endoscopie)	14,60	14,60	4
00246	vaisseau superficiel	39,00	45,00	4

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

AVIS : *En urologie, voir la Règle d'application n° 25.*

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral			
00217	un niveau	38,00	38,00	
	chaque niveau additionnel	19,00	19,00	
	maximum	114,00	114,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée lorsqu'effectuée dans la même séance qu'un bloc facettaire.

00255	blocage d'un nerf somatique majeur tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	20,00	20,00	

AVIS : *Voir le plafonnement d'activités PA 1 sous l'onglet « Règles d'application ». Ce code d'acte ne peut être facturé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale*

00722	bloc veineux	28,50	28,50	
00257	caudal	35,90	35,90	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00250	épidurale cervicale	72,00	72,00	
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	20,00	20,00	
00297	épidurale thoracique ou lombaire	40,00	40,00	
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	20,00	20,00	
00258	ganglion de Gasser	55,90	55,90	
00792	ganglion impar (Walther)	35,00	35,00	
00259	ganglion sphéno-palatin	47,30	47,30	
00260	ganglion stellaire	33,00	33,00	
00261	nerf fémoro-cutané	23,00	23,00	
00262	nerf laryngé supérieur	32,00	32,00	
00719	nerf obturateur	32,00	32,00	
00263	nerf phrénique	27,00	32,00	
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	125,00	125,00	
00265	nerf sus-scapulaire	22,00	22,00	
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	37,60	37,60	
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical)	26,10	26,10	
	maximum par jour	65,25	65,25	
	AVIS : *Voir le plafonnement d'activités PA8. Blocage paravertébral sous l'onglet « Règles d'application ». Voir aussi la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », concernant les UNITÉS.*			
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection			
	maximum un bloc par jour, par patient	35,00	35,00	
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée.			
00292	une racine	109,00	131,00	
00293	deux racines ou plus	163,00	196,00	
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :			
00268	unilatéral	26,00	26,00	
00269	plexus brachial	40,00	40,00	
00322	sinus carotidien	30,00	30,00	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	32,00	32,00	
00271	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 00250, 00257, 00297 et 00722.			
	Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant			
	Bronchoscopie :			
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	30,00		5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00		4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		
00724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00		1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00		1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00		1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00		1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	50,00		1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		4
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	150,00		1
20015	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de balonnet à pression croissante, supplément	150,00		3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	100,00		1

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
09344	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
	AVIS : *- 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 complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.*			
	Photocoagulation au laser par voie endo-bronchique, incluant les visites et périodes de surveillance rendues au cours de la même journée, la brochoscopie et ses suppléments, le cas échéant, et les services d'un autre médecin à titre d'assistant ou de collaborateur.			
09351	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	150,00		10
09352	Cure de sténose trachéale inflammatoire	300,00		12
09353	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	350,00		12
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	269,00		6
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	250,00		7
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	138,00		6
00801	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
	Interventions percutanées transtrachéales			
00811	Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	100,00		
00812	Réinsertion d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation suite au retrait accidentel moins de huit semaines après l'insertion initiale, incluant les remplacements et les aspirations	100,00		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	CARDIOLOGIE			
	Études et épreuves cardiologiques			
	Électrocardiogramme :			
	au bureau :			
00340	interprétation		1,65	
00341	technique et interprétation.		4,20	
00342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)		4,20	
00344	à domicile 19,00			
00339	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	
00309	Épreuve d'effort sub-maximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés y compris le tracé au repos)	32,00		
00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 0309 le même jour chez le même patient).	63,00		
00350	Électrocardiogramme dynamique, (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation.	26,00	32,00	
	NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central.			
00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	52,00		
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur 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 coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus.	11,00	11,00	
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	16,00	16,00	

		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)			
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	56,00	56,00	
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	83,00	83,00	
00313	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	56,00		5
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	63,00		
00704	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		
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne incluant la visite. 4,20$ par heure, par patient, maximum 15 patients			
	AVIS : *- 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.*			
00125	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 intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

Les services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, sont rémunérés à 125% du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un bénéficiaire de moins de 2 ans.

AVIS : *- Pour la facturation des codes d'acte 00300 et 00310, 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 09410 et 09434 sont réclamés.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09410	pour une période de 4 heures, supplément . .	32,00		
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	32,00		
	AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure réclamés dans la case UNITÉS.*			
09435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 50,00 $ par jour			
00300	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 bénéficiaire âgé de 2 ans ou plus. NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.			
00310	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.			
00617	Cathétérisme aortique PG-23	55,00		4
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire PG-23	103,00		4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde PG-23	103,00		4
09492	voie d'approche transseptale, supplément .	105,00		1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	100,00		1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire A8-1, PG-23	80,00		4
00535	Épreuve d'entraînement sélectif du coeur (incluant l'électrocardiogramme endocavitaire) PG-23	47,00		
00540	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément PG-23	26,00		
00545	Électrocardiogramme endocavitaire PG-23 . .	24,00		
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes			
00550	veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément PG-23	24,00		
00560	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le coeur droit, supplément PG-23	25,00		
00565	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
00570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) PG-23	61,00		
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple PG-23	131,00		5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	39,00		4
	Cathétérisme de l'artère ombilicale.			
00307	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.			
00631	temps angioradiologique *(*)*	184,00		
00632	temps angioplastique	394,00		8
00662	temps angioradiologique et angioplastique *(*)*	499,00		8
09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	110,00		
09303	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		
00114	revascularisation transmyocardique au laser par voie transluminale percutanée : comprend l'insertion des cathéters, la création de microcanaux 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 02024, 00294, 00300, 00631, 00632 et 00662.			
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	499,00		8
09361	dilatation additionnelle, supplément	110,00		

AVIS : *(*) Voir la Règle d'application n° 19.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09419	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
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	158,00		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	37,00	37,00	4
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments)	110,00		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	17,00		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	158,00		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	53,00		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	53,00		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	150,00		10
00489	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 intracardiaque permanent			
00251	bénéficiaire de 2 ans ou plus	126,00		5
00469	bénéficiaire de moins de 2 ans	189,00		4
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien			
00460	toute voie d'approche	555,00		8
00461	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	50,00		1

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardio-respiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.			
09403	premier quart d'heure 50,00			
09404	deuxième quart d'heure 50,00			
09405	chaque quart d'heure additionnel 25,00			

AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont réclamées,fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un « Document complémentaire » et inscrire la lettre « A » dans la case C.S..*

Voir la règle 11 du préambule général et la Règle d'application no 6.

Électrophysiologie

NOTE : Un maximum de 800,00 $ par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».

00170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (PG-23)	142,00		4
00176	Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23)	419,00		6

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	105,00		4
00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	200,00		4
	NOTE : Les actes codés 00248 et 00291 ne peuvent pas être facturés à la même séance.			
09422	avec mapping gauche, supplément.	105,00		4
00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément.	105,00		4
09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies com plexes, supplément.	200,00		4
	NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323.			
	NOTE : Les services médicaux 00170 et 00176 ne peuvent pas être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.			
00564	Test de la table basculante, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	126,00		
	NOTE : la présence continuelle du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.			
09345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire.	394,00		
	Chimiothérapie :			
00734	intraveineuse (injection d'une ou plusieurs substances antinéoplasiques)	5,00	6,00	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Cathétérisme veineux			
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie.			
09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz. .	105,00		
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire			
09305	patient de moins de 16 ans	55,00		
09306	patient de 16 ans ou plus	30,00		
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste, le cas échéant	50,00		
09308	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance	160,00		
09309	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	25,00		
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance (PG-28)	92,00		
09328	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique.	75,00		
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	35,00		

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Diabétothérapie			
09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	125,00		
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus	84,00	103,00	
	NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins. 1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour. 2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine.			
	AVIS : *Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*			
	Inscrire l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	66,00	66,00	
09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	22,00	29,00	
	AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.* *09313, 09316, 09370 pour la spécialité endocrinologie, voir la règle d'application n° 33.*			

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables			
+00343	initiation ou vérification du traitement, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
00345	installation initiale de la pompe et du cathéter	100,00		
	Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.			
09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance et les visites, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation	30,00		
	AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.* *09313, 09316, 09370 pour la spécialité endocrinologie, voir la règle d'application n° 33.*			
	Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)			
	Dialyses péritonéales :			
00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	29,00	29,00	4
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	200,00		4
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	100,00		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	200,00		4
	Hémodialyse			
00419	Installation de cathéters artériels et veineux	170,00		5
	Révision ou réinstallation de cathéters :			
00426	cathéter artériel ou veineux	58,00		5
00427	cathéter artériel et veineux	84,00		5
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site	32,50		4
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter :			
00336	artérielle (périphérique)	32,00	32,00	4
00337	veineuse	30,00	30,00	4
	NOTE : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.			

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE			
	1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui est détenteur d'un certificat en électroencéphalographie décerné par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, au 27 février 1994 ou reconnu par elle aux fins de l'exercice.			
	2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du malade.			
	3. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.			
	4. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.			
00347	Électroencéphalogramme de base *(*)*.		47,00	
	Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base :			
	À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :			
00735	Étude avec électrodes pharyngées		3,50	
00752	Électroencéphalogramme de sommeil *(*)* . .		30,00	
	Corticographie			
00889	un médecin	300,00		
	deux médecins			
00890	neurochirurgien.	150,00		
00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	150,00		

AVIS : *(*) Voir sous l'onglet « Règles d'application » le plafonnement d'activités PA 3.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00		
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	300,00		
	NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.			
00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	105,00		

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin qui détient un certificat de spécialiste en neurologie, en neuro-chirurgie, en o.r.l. ou en physiatrie décerné par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou reconnu par elle aux fins de l'exercice de cette discipline.

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.

4. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal tel qu'observé sur un oscilloscope et entendu sur un haut-parleur connexe au système d'enregistrement et souvent enregistré sur papier sensible ou photographie.

	Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.			
Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.			
On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.			
Les études de conduction sensitive segmentaire du nerf médian et du nerf tibial postérieur constituent une exception; chacun des deux segments peut être considéré comme une unité de conduction distincte.			
6. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.			
7. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice, ces potentiels étant mesurés sur document photographique.			
Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	8. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un ou deux nerfs. L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon. **9.** Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contrelatérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude. Cette analyse doit être effectuée sur document photographique.			
00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles	34,00	44,00	
09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins 20 paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	70,00	91,00	
09412	Électromyographie extensive, 7 muscles et plus	50,00	65,00	
00357	Étude de la conduction nerveuse	8,00	10,00	
	chaque type, chaque nerf additionnel, supplément	8,00	10,00	
	AVIS : *Voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » concernant les UNITÉS.*			
	NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de la règle 8.1 du préambule général.			
00358	Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites. Stimulation avec un thermode	20,00	25,40	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00378	Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites. Stimulation avec un vibromètre mécanique.	12,00	15,25	
00386	Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contralatéral	8,00	10,00	
00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une étude de documents photographiques, une analyse avant et après tétanisation ou exercice	45,00	58,00	
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal	24,00		
09409	Test au curare, régional, supplément.	30,00		
00363	Réflexe H ou onde F - chacun	5,75	7,50	
	AVIS : *Voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » concernant les UNITÉS.*			
00366	Réflexes trigémino faciaux	24,00	31,00	
00355	E.M.G. quantitatif incluant documents photographiques et analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	50,00	65,00	
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de moins de 12 ans, supplément	18,00		
	Électrolyse			
00352	par quart d'heure.	15,00	15,00	
	maximum par séance	60,00	60,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure, dans la case UNITÉS.*			
	Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro d'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
----	Électrolyse des cils :	(Voir appareil visuel)		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Épreuves de fonction respiratoire			
	(Voir tarif de la médecine de laboratoire)			
	Épreuves et études : (prélèvement, surveillance et interprétation)			
00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale . . .	61,00		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,00	12,00	
00842	épreuve à la bromocryptine	9,75		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	20,00		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA).	20,00		
00660	épreuve à l'histamine	9,75	11,50	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,00	1,00	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	31,50	31,50	
	épreuve de Kveim (sarcoïdose)			
00687	sans biopsie	1,75	2,10	
00688	avec biopsie	11,50	14,00	
09319	épreuve de Miller et Zurzov	9,75	9,75	
00810	épreuve de Pak	9,75	11,50	
00415	épreuve de traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les visites au cours de l'épreuve.	81,60		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation.	26,00		
09325	épreuve à la clonidine.	36,00		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone . .	9,75	9,75	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	9,75	9,75	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	21,00	21,00	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	21,00	21,00	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	185,00		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,00	17,00	
00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	17,00	20,00	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine.	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection) . . .	30,00	30,00	

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00761	épreuve de tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.), ou intraveineuse	10,00		
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	185,00		
00348	test respiratoire à hydrogène	15,00		
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	15,00		
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance	108,00		
	Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées			
00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	100,00	100,00	4
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée	34,00		
	NOTE : voir Lettre d'entente n° 7			
	Examens vestibulaires (bilatéral):			
00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	10,50	15,30	
00739	épreuves positionnelles	10,50	15,30	
00740	épreuves de la poursuite	10,50	15,30	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	10,50	15,30	
00741	épreuves cervicales	10,50	15,30	
00743	épreuves optocinétiques	10,50	15,30	
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)	10,50	15,30	
00841	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	11,00	11,00	
00407	Extraction de bague, acte compliqué	C.S.	C.S.	4
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*			
00410	Extraction de fécalome volumineux	28,60	36,30	4
00791	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou des amygdales	10,80	10,80	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Gastro-entérologie			
	Endoscopie gastro-entérologique :			
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :			
00691	Diagnostique (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	4
00874	avec dilatation (sténose) et/ou extraction de corps étrangers et/ou exérèse d'un ou plusieurs polypes et/ou fulguration de la muqueuse, et injections de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie et/ou ligature varicielle endoscopique et/ou coagulation de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23).	35,00	35,00	1
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	91,40		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 00874.			
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23). .	15,00	15,00	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une ou plusieurs, supplément . . .	100,00	100,00	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément	35,00		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	50,00		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément.	15,00		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	50,00		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant .	37,60		
09374	Cholédochoscopie transfistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	115,00		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastroscopie	130,00	130,00	5
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	70,00		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique	200,00		4
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	70,00		1
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	100,00	100,00	4
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	85,00	85,00	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28). .	55,00	55,00	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement).	35,00	35,00	
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	35,00	35,00	4
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément.	40,00	40,00	
	chaque polype additionnel	10,00	10,00	
	Maximum dix (10) polypes excisés			
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.*			
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément.	15,00	15,00	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément.	50,00	50,00	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse au cours d'une coloscoie, une ou plusieurs, supplément	100,00	100,00	2
00122	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonet, et/ou mise en place per-endoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	35,00	35,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation	15,00	15,00	4
00636	avec biopsie unique ou multiple	21,00	21,00	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie	56,10	56,10	4
	chaque polype additionnel	9,50	9,50	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	122,60	122,60	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case UNITÉS.*			
	Oesophage			
00620	dilatation de l'oesophage avec dilatateurs guidés rigides, sur un fil d'acier ou une corde incluant fluoroscopie	85,00		5
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures	50,00	50,00	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	25,00		
09338	pHmétrie oesophagienne de 24 heures, surveillance et interprétation, non informatisée	80,00		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	100,00		
00571	pH oesophagien pour reflux	21,00	21,00	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	18,30	18,30	
00562	bougirage	21,00	21,00	4
00563	cardio-myorrhexie	65,00	65,00	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore)	21,00	21,00	4
00574	supervision par jour	9,75	9,75	
	AVIS : *Voir la Règle d'application no 6.*			
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	75,00		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée	100,00		

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	52,00		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	80,00		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution.	100,00		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	50,00		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	52,00		
00876	Shunt porto-cave intra-hépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	50,00		
	Hémofiltration			
	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf la première visite et l'insertion du cathéter			
09382	3 premiers jours, par patient, par jour	108,20		
09383	après 3 jours, par patient, par jour	43,30		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1er jour	150,00		
09427	2e jour	75,00		
09428	3e jour	75,00		
09429	par jour subséquent	35,00		

AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	132,00		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	155,00	175,00	5
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	5
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	55,00	55,00	4
	Injections			
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	11,00	13,20	
09487	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
00305	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
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial.	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée. .	60,00		5
00431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	11,00	13,20	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITÉS.*			
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	11,70	14,00	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatérale.	21,50		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique.	30,00	30,00	
	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00816	cavernographie	9,75	11,50	

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00466	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	36,00		
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé.			
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	20,00		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	20,00		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	109,00	109,00	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	35,00	41,00	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	98,00	98,00	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	52,00	52,00	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	8,50	10,20	
	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire :			
00201	médication intra-articulaire incluant la substance	10,80	10,80	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00470	la première injection	30,00	30,00	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,00	15,00	
	Injection intrapleurale (chimiothérapie)			
00475	la première injection	50,00	50,00	
00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00	
00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée) : (MOD=052)	15,00	15,00	4
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence	35,00		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques)	150,00		4
	Insufflation gazeuse			
00497	pneumomédiastin	15,00	15,00	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	9,75	9,75	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	24,00	24,00	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce	15,00	15,00	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation	11,00	11,00	
	traitement de pneumothorax			
00615	ponction évacuatrice	22,00	22,00	
00616	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			
00519	directe (PG-23)	62,40		4
00511	à suspension (PG-23)	89,20		5
00512	au microscope (PG-23)	117,00		5
00471	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			
00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23)	105,00		6
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		1
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		4
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		1
00881	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
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	100,00		1
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
05047	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
	AVIS : *- 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.*			
00799	Trachéoscopie (PG-23)	62,40	74,20	4
	NOTE : Le service médical codé 0799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.			
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23)	98,00		5

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	9,75	11,50	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	15,00	15,00	
00523	Manipulations vertébrales	12,00	14,10	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques sans anesthésie	12,00	14,10	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie	110,00	110,00	5
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	25,00		
	NEUROCHIRURGIE			
	Drainage			
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	140,00		
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	177,00		6
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	242,00		12
00629	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			
00664	unilatérale	36,00		
00665	bilatérale	58,90		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	21,30	21,30	6
00668	Trépanation simple	98,10		8
	OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE			
	AVIS : *Voir la Règle d'application no 4.*			
09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	72,00	72,00	
00109	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.			
00171	clitoris	36,00	36,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
00177	endomètre	22,50	22,50	4
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
00188	grande lèvre	14,60	17,30	4
00245	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.			
09467	ovaire	150,00		4
00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	90,00		4
00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	135,00		4
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non.	50,00	50,00	4
20017	Installation d'un dilatateur ou d'un pessaire . .	30,00	30,00	4
	NOTE : Maximum 4 par année, par patient			
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	115,50	115,50	4
00490	Insémination artificielle.	24,00	30,00	
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le foetus, sous contrôle échoscopique	88,00		
	OPHTALMOLOGIE			
	Oeil : (à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)			
	Bétathérapie			
00531	(premier traitement) unilatérale	18,00		
00532	(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.			
00174	conjonctive	20,00	23,00	4
00206	orbite	70,00	70,00	4
00214	paupières ou sourcils	18,00	22,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Champ visuel			
	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)			
	- Tangent et Goldman			
00513	interprétation seulement	10,00	10,00	
00514	technique et interprétation.	10,00	12,60	
	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques			
	- Tangent et Goldman			
	- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64			
	- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »			
	- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level			
	un oeil			
00612	interprétation seulement	12,00	12,00	
00613	technique et interprétation	12,00	14,70	
	deux yeux			
00623	interprétation seulement	18,00	18,00	
00624	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			
00649	interprétation seulement	12,00	12,00	
00650	technique et interprétation	12,00	21,00	
	deux yeux			
00727	interprétation seulement	20,00	20,00	
00728	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
00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	28,00	31,00	
00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	30,10	33,30	
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	29,00	29,00	
00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	50,00	50,00	
00541	Examen complémentaire d'un demi-voyant (cet examen doit inclure les enregistrements de l'acuité visuelle à l'aide de boîtes d'aide visuelle de types microscopique et télémicroscopique)	44,00	44,00	
00543	Gonioscopie*(*)*	8,00	10,00	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576			
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.) *(*)*	8,00	10,00	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543			
00544	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale	61,00	61,00	4
00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	15,00	18,00	
00579	Bilan orthoptique : enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme	12,00	16,00	
	NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et PPC est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.			

AVIS : *(*) Voir le plafonnement d'activités PA 17 Ophtalmologie sous l'onglet « Règles d'application ».*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie).	18,00	22,00	
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale.	18,00	22,00	
00553	Rétinophotographie.	12,00	14,00	
	Microscopie spéculaire			
00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant..	150,00	400,00	
	NOTE : L'acte codé 00643 est payable uniquement aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1er octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.			
	AVIS : *La présence d'un code du diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*			
00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	8,00	10,00	
00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre).	50,00	50,00	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes)	7,00	11,00	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	12,00	15,00	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8% ou 1%, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	10,00	12,00	
00860	Funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées sous anesthésie générale, chez le patient de 16 ans ou moins, non suivies d'un acte chirurgical le même jour	125,00		5
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale.	34,00	38,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.			
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale.	18,00	22,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, une ou plusieurs	50,00	60,00	4
00436	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) dacryocystographie, unilatérale	17,00	17,00	4
	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	31,00	31,00	
	Oxygénation extracorporelle			
	Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le pédiatre qui prend charge du patient.			
00803	1er temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	350,00		
00897	2e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	400,00		
00898	3e temps Maintien du support extracorporel par quart d'heure (intervenant médical)	25,00		
	AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*			
00899	4e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	350,00		
	Perfusion régionale			
00295	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier type Infusaid ou Port-a-Cath	192,50		5
00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	57,00		4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Pléthysmographie			
	Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :			
	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs.			
09385	interprétation	10,00		
09386	technique et interprétation.	30,00		
	Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :			
09387	interprétation.	10,00		
09388	technique et interprétation	30,00		
	Photopléthysmographie :			
	Étude des flots avec enregistrement graphique :			
	flots supra-orbitaires :			
09389	interprétation	10,00		
09390	technique et interprétation.	20,00		
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts :			
09391	interprétation	10,00		
09392	technique et interprétation.	20,00		
	mesure du reflux veineux bilatéral :			
09393	interprétation	10,00		
09394	technique et interprétation.	20,00		
	Pneumopléthysmographie segmentaire :			
	Enregistrement du volume du pouls à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :			
09395	interprétation	10,00		
09396	technique et interprétation.	30,00		
	à l'effort :			
09397	technique et interprétation.	30,00		
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :			
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre			
09398	interprétation	10,00		
09399	technique et interprétation.	40,00		
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :			
00353	technique et interprétation	30,00		
	Pneumopléthysmographie pénienne			
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques			
00137	interprétation	10,00		
00138	technique et interprétation.	40,00		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Phoniatrie			
	Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie			
09341	Sonographie	16,75	28,00	
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	32,30	43,00	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre Procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance.			
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	27,70	34,40	
	AVIS : *- Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de demi-heures.* *- Inscrire l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.* *- Pour la facturation de la rééducation de groupe, voir aussi la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*			
00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub)	26,90	34,40	
	Photothérapie			
00820	Traitement de photothérapie	4,30	16,50	
	AVIS : *Voir la Règle d'application no.22*			
	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques	9,75	9,75	4
	Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :			
00583	première injection	30,00	30,00	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	25,50	25,50	
00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23)	15,00	15,00	
	NOTE : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse .	11,00	11,00	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique	33,00	33,00	4
09402	recherche de cristaux (réservé aux rhumatologues)	30,00	30,00	
00591	réinfusion d'ascite i.v.	24,00	24,00	
00592	ganglion, un ou plusieurs	12,10	13,75	
00594	kyste mammaire	16,00	19,00	
	lombaire			
00596	avec ou sans épreuve manométrique (PG-23) (PG-28)	36,00	36,00	4
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus	51,00	51,00	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans	61,00	61,00	4
00599	supplément pour durée de 30 minutes ou plus	10,00	10,00	
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	130,00		
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise	35,00		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	24,00	24,00	4
09418	pleurale (PG-28)	65,00	65,00	4
00604	saignée	8,75	10,50	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie.			
00605	splénique (aspiration et manométrie)	52,00	52,00	4
00606	sternale : moelle osseuse (PG-28 pour pédiatre seulement)	16,00	16,00	4
00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) . . .	15,00	15,00	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie.			
00611	vessie (PG-23)	11,00	11,00	

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Potentiels évoqués			
	Les potentiels évoqués auditifs ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.			
	Les potentiels évoqués cortical ou dorsal ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.			
	Les potentiels évoqués visuels ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.			
	Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)			
00158	interprétation	10,90	10,90	
09423	interprétation et technique de procédé	44,00	51,00	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique(PG-23)			
00208	pour 2 membres	30,00	40,00	
00209	pour 4 membres	55,00	75,00	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical à partir de stimulation nerveuse périphérique :			
00210	des nerfs trijumeaux (PG-23)	30,00	40,00	
00216	des nerfs honteux (PG-23)	30,00	40,00	
00509	Potentiels évoqués visuels.	28,00	33,00	
00145	Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (bilatéral)(PG-23).	43,00	59,10	6
	NOTE : Les services médicaux codés 00145, 00208, 00209, 00210, 00216 et 00509 exécutés lors d'une même séance ne sont pas sujets à la règle 8.1 du Préambule général.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	RADIOLOGIE			
	NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Radiologie » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).			
	PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES FAITS SOUS CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE OU RADIOGRAPHIQUE			
	Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne			
	Angioplastie transluminale percutanée d'une ou plusieurs sténoses et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance			
09494	par ballonnet.	300,00		10
09495	par athérectomie	300,00		10
09496	par ballonnet et athérectomie	400,00		10
09432	Installation d'une endoprothèse artérielle suite à ou au cours d'une intervention d'angioplastie transluminale percutanée, supplément.	100,00		
09433	Utilisation du laser intravasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément.	105,00		
	NOTE : L'angioplastie transluminale percutanée comprend l'évaluation préopératoire du malade quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du malade pendant l'intervention, les manoeuvres de dilatation ou recanalisation (incluant la ponction ou l'artériotomie, l'introduction et la manipulation des guides et des cathéters non sélectifs et/ou sélectifs), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. L'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)			
	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)			
09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	300,00		15
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	150,00		
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	130,00		
	Crânienne et spinale			
09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	410,00		15
09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	205,00		
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	260,00		
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.			
	Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.			
	On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.			
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs			
	Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du malade la mention de la technique mise en oeuvre. Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.			
09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau.	41,00		
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quel que soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance).	82,00		

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse	260,00		15
	Cathétérisme veineux			
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en radiologie.			
	AVIS : *La règle 15 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique ne s'applique pas lorsqu'un des codes d'acte de cathétérisme veineux est facturé.*			
00764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	147,00		
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant			
00789	patient de moins de 16 ans	95,00		
00790	patient de 16 ans ou plus.	70,00		
00765	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	90,00		
00769	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	200,00		
00770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément.	25,00		
00768	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	125,00		
00766	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	115,00		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00772	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	75,00		
00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	57,00		4
	Embolectomie			
09446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	260,00		8
	Extraction de corps étrangers			
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux)	260,00		8
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux			
09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme transcutané, incluant les visites	175,00		8
09355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel par compression extrinsèque incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour ainsi que le guidage échographique	150,00		4
	Perfusion artérielle médicamenteuse			
09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures	40,00		
	NOTE : ce service n'est pas payable le jour de la mise en place du cathéter			
	INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES			
	Cryochirurgie pour lésions internes (excluant la peau) avec appareil dédié			
09497	temps radiologique	400,00		8
09498	temps chirurgical	440,00		8
09499	temps radiologique et chirurgical	600,00		8
	Thermochirurgie pour ablation de tumeur(s) (excluant la peau) avec appareil dédié			
09408	temps radiologique	400,00		8
09431	temps chirurgical	400,00		8
09359	temps radiologique et chirurgical	600,00		8

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Interventions hépato-biliaires			
00435	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire per-cutanée	52,00	52,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.			
	Drainage per-cutané de voies biliaires			
09449	ponction/intubation per-cutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie per-cutanée) pour drainage externe seulement	125,00		4
09450	drainage per-cutané trans-hépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie per-cutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie .	160,00		4
09451	dilatation per-cutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	100,00		
09452	mise en place d'un support endo-biliaire (endo-prothèse biliaire).	160,00		
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	80,00		
09454	Remplacement de cathéter	36,00		4
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	115,00		4
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	230,00		4
	Interventions digestives			
09456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	130,00		5
09457	Entérostomie percutanée (caecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie. . . .	130,00		4
	Interventions mammaires			
	NOTE : Maximum de 3 ponctions et/ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par patient, par jour.			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie et le tarif de la mammographie préalable s'ajoutent.			
00847	Ponction de kyste mammaire avec aspiration sous contrôle échographique ou stéréotaxique incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction.	16,00	25,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00848	Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant la mammographie de contrôle, le cas échéant	40,00	70,00	4
00849	Biopsie au trocart (« core biopsy ») d'une masse mammaire palpable ou non palpable avec prélèvement de carottes sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant la mammographie de contrôle, le cas échéant .	110,00	150,00	4
00850	par site additionnel, supplément	55,00	95,00	
00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément.	25,00	50,00	
	Mise en place d'une broche-guide (harpon) avec appareil dédié (plaque de compression ou stéréotaxie) sous contrôle échographique si nécessaire, incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent			
00852	première broche, par sein.	104,25	195,85	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément	50,00	125,00	
	NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour			
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle.	60,00		4
	NOTE : Maximum 1 par patient, par jour			
	Interventions urologiques ou endo-urologiques			
09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant.	97,00		4
00854	mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage, supplément	50,00		
00416	Mise en place d'une endoprothèse et/ou dilatation urétérale par néphrostomie, incluant l'injection de substance de contraste et les visites	200,00		
	Interventions neuro-squelettiques			
	Blocs facettaires			
	(voir : Blocages nerveux, page C-9)			
	Discographie :			
00438	1 niveau.	102,00	102,00	4
00459	2 niveaux ou plus	122,00	138,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément			
09460	1 niveau	30,00		
	par niveau additionnel	20,00		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*			
00894	Myélographie	45,00	45,00	5
	Discoïdectomie percutanée			
09461	premier niveau	250,00		7
09462	2 niveaux ou plus	300,00		7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	100,00		
00895	Pneumo-encéphalographie	55,00	55,00	6
00896	Pneumo-myélographie	55,00	55,00	6
00835	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment et les visites	300,00		7
	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.			
09464	thoracique	54,00	54,00	4
09465	abdominale	45,00		4
09466	voies biliaires	100,00		4
00229	rate	39,00	39,00	4
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	100,00		5
09468	estomac	50,00		4
09469	intestin	50,00		4
	osseuse :			
00212	os	100,00		5
00247	vertèbre	98,00	98,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
#00418	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 :			
00124	membre	50,00	70,00	4
00324	colonne ou paravertébral	100,00		5
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	50,00	70,00	4
00299	kyste rénal	63,00	63,00	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale . .	100,00		4
	insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse			
09472	thoracique	120,00		5
00508	médiastinale	75,00		5
09473	abdominale	140,00		5
09474	pseudokyste pancréatique par voie transgastrique	100,00		
00491	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 :			
09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débimétrique avec ou sans injection de papaverine intracaverneuse).	90,00		
00484	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.			

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09477	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	
00442	Galactographie	21,00	21,00	
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,00	16,00	
00462	Lymphographie incluant la dissection	36,00	36,00	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	87,00		
01055	Opacification des sinus paranasaux	6,20	6,20	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	87,00		
00200	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.			
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

RADIO-ONCOLOGIE

L'article 8.1 du préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie 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.*

08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	45,00		
08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	59,00		
08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	15,00		
08508	45 minutes ou plus, supplément	45,00		
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.			
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie, lésions non cutanées	79,00		
08509	plus de 45 minutes, supplément	21,00		
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité	46,50		
08565	Fusion d'images	46,50		
08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	150,00		

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	125,00		
08513	Traitement par isotopes métabolisés	31,00		4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radio-active liquide	31,00		4
08515	Application de radio-isotope par plaque	24,50		4
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	531,00		
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	425,00		
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	24,00		
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	12,00		
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	21,30		
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	106,00		6
08552	Radiothérapie de contact intracavitaire (vagin)	106,00		5
	CURIETHÉRAPIE			
08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	40,00		
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie	55,95		
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :			
08524	bronches	60,75		6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente)	71,95		5
08528	corps utérin	60,95		5
08541	vagin (cavité vaginale)	60,95		5
08544	voies biliaires	60,95		4
08556	oesophage	60,95		5
08557	cavité buccale (moulage)	42,95		5
08558	nasopharynx	60,95		5
08559	rectum	60,95		5
08560	anus	60,95		5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :			
08523	anus	113,95		5
08525	cavité buccale excluant la langue	113,95		7
08526	cerveau	113,95		6
08529	ganglions	167,95		5
08530	hypopharynx	167,95		6
08531	langue, portion mobile	113,95		6
08532	lèvres	87,95		4
08533	médiastin	167,95		6

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08534	oropharynx, incluant la base de la langue. .	167,95		6
08535	peau	60,95		5
08536	pénis	113,95		4
08537	rectum.	167,95		5
08538	sein	60,95		5
08539	tissus conjonctifs après résection	113,95		4
08540	tissus conjonctifs sans résection	219,95		4
08542	vagin (paroi vaginale).	113,95		4
08543	vessie	113,95		4
08561	prostate.	167,95		5
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement			
08562	implant interstitiel	60,95		
08563	implant endocavitaire	42,95		
	Insertion de substance radioactive :			
08545	temporaire.	47,95		4
08546	permanente	167,95		4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	34,45		
08548	Retrait du matériel radioactif	37,95		
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	77,95		5
08550	Retrait du matériel d'implantation	47,95		
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	55,90	55,90	
	Rhinomanométrie			
00783	interprétation.	6,00		
00638	technique et interprétation		10,00	
00733	étude de la résistance nasale par pléthysmographie corporelle	21,50		4
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale ***(*)*** . .	53,80		4
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique avec ou sans biopsie ***(*)***	21,50	29,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives.			
	Sinus :			
00640	frontal, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	22,60	27,40	4
00633	frontal, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	16,80	19,90	4

AVIS : *(*) Voir le plafonnement d'activités PA18. Oto-rhino-laryngologie sous l'onglet « Règles d'application ».*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance), inclus dans la méatoscopie, le cas échéant	18,00	21,50	4
00642	maxillaire, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	11,60	14,00	4
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	26,90		4
	NOTE : La méatoscopie per-opératoire n'est pas payable.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie			
00657	unilatéral	48,40		
00658	bilatéral	64,50		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique	77,00	77,00	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie . . .	62,70		4
00277	pleurodèse, supplément	60,00		
	Thrombolyse lors d'un accident vasculaire cérébral incluant la mise en marche et l'ensemble des soins pendant la thrombolyse mais excluant la première visite			
00447	premier quart d'heure	75,00		
00448	deuxième quart d'heure *(*)*	75,00		
00449	chaque quart d'heure additionnel *(*) (**)*	25,00		
	Traitement d'empyème			
00278	drainage par costectomie	140,00		5
00279	par fermeture de fenêtre thoracique	140,00		4
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)			
	(le patient et le médecin sont dans la chambre)			
00837	première heure	260,00		12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément	76,00		
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure *(*)*	43,00		
09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	11,00		

AVIS :

(*) Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

(**) Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	surveillance : (le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)			
00839	première heure	128,50		12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	37,00		
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	21,50		
	AVIS : *Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*			
09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	5,50		
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare			
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	107,00		
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	160,00		
	AVIS : *Inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;* *Inscrire le code d'établissement;* *Inscrire le code d'acte 00832 ou 00833 dans la case ACTES et les honoraires correspondants;* *Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement. Pour l'acte 00833, se référer à la règle 14.5 du Préambule général pour la liste des jours considérés comme fériés.*			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Traitements de physiothérapie (Réadaptation physique) donnés en cabinet			
	Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente #13. (Voir Brochure no 1, Médecins Spécialistes, Annexe 11).			
	AVIS : *La tarification est 11,60 $ par traitement - maximum 3 traitements par séance. La prestation de ces actes n'est pas sujette à la règle 8 du préambule général.*			
00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, microthermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)			
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)			
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)			
00674	exercices de rééducation, respiration			
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)			
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)			
00677	ultrasons			
00678	ultraviolet			
	Transplantation d'organes			
00414	Préparation d'un donneur cadavérique, en vue d'une greffe rénale, incluant les visites et les procédures diagnostiques et thérapeutiques	300,00		
	AVIS : *Le code d'acte 00414 est payable par la Régie, même si le prélèvement ne vient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien écrire 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.*			

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)	81,10		
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques	350,00		
00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe	100,00		
	AVIS : *Les codes d'acte 00694, 00696 et 00698 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne vient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien écrire 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.*			
	Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
09377	1er jour (journée de la greffe)	300,00		
09378	2e au 5e jour (par jour)	225,00		
09379	6e au 10e jour (par jour)	100,00		
09380	11e au 15e jour (par jour)	75,00		
09381	1er au 15e jour inclus (Honoraire global) . . .	2075,00		
	Thérapie immuno-suppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopératoire :			
09489	rénale	450,00		
09490	hépatique	450,00		
09491	pancréatique	450,00		
00763	cardiaque	450,00		
00767	cardiaque-pulmonaire	450,00		
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des actes codés 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 00771, 00773, 00774, 00775 et 00776.			

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient: Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive			
09350	1er au 7e jour (par jour)	158,00		
	Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents mais excluant l'hémodialyse			
00771	1er jour (journée de la greffe)	195,00		
00773	2e au 5e jour (par jour)	145,00		
00774	6e au 10e jour (par jour)	65,00		
00775	11e au 15e jour (par jour)	50,00		
00776	1er au 15e jour inclus (Honoraire global) . . .	1 350,00		
	Urologie			
	NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention **« i »** représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.			
00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique **« i »**	74,60		4
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux **« i »**.	74,60	74,60	4
00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	60,90	60,90	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale **« i »**	64,80		4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	A) Endoscopies et manipulations urétro-vésicales			
	NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.			
00325	Injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, dans le traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle, par jour.	32,40	32,40	4
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile **« i »**.	37,30	37,30	4
00320	Urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux).	48,60	48,60	4
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale **« i »** .	74,60		4
00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien, toute technique	17,30	17,30	4
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	205,00		4
	B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales			
	NOTE : Un seul code d'acte de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.			
00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	30,00	30,00	4
	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :			
00319	pour fins diagnostiques	81,00	81,00	4

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	124,00	124,00	4
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale.	162,00		
00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	187,00		4
	C) Urodynamie			
	NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.			
00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	32,40	32,40	4
09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	21,60		4
09357	Mesure des pressions intra-pyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	50,00		4
	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G.			
00375	technique et interprétation	55,90	55,90	4
00377	interprétation seulement	32,40	32,40	
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	189,00		
00647	Exsanguino-transfusion (chacune)	125,00		

AVIS : *La présence d'un code du diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

INDEX

Page

ADDENDUM 8 - ANESTHÉSIOLOGIE **D-2**

Interprétation **D-2**
Règle 1 - Honoraire global **D-2**
Règle 2 - Visites **D-2**
Règle 3 - Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie **D-2**
Règle 4 - Durée **D-3**
Règle 5 - Interruption de l'anesthésie **D-3**
Règle 6 - Procédure diagnostique pré-chirurgicale **D-3**
Règle 7 - Chirurgies multiples **D-3**
Règle 8 - Anesthésiologiste collaborateur **D-4**
Règle 9 - Remplacement en cours d'intervention **D-4**
Règle 10 - Participation **D-4**
Règle 11 - Anesthésies simultanées **D-4**
Valeur de l'unité **D-5**
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale **D-5**
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil **D-6**
Anesthésie obstétricale **D-6**
Anesthésie diagnostique et thérapeutique **D-7**
Inhalothérapie **D-8**
Soins spéciaux **D-9**
Cathétérisme veineux **D-9**
Soins de ventilation **D-10**
Coeur-poumon artificiel **D-11**
Transplantations **D-11**
Divers **D-12**
Tableau de correspondance des unités de durée **D-13**

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.
HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1, ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base.

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.
VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Voir la règle 5 du préambule général.*

RÈGLE 3.
MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.
DURÉE

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

AVIS : *Voir le tableau à la fin du présent onglet.*

RÈGLE 5.
INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue (MOD=047).

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

RÈGLE 6
PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉ-CHIRURGICALE

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

RÈGLE 7.
CHIRURGIES MULTIPLES

7.1 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8
ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1er septembre 1988.

AVIS : *Voir à la section 3.2.6.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » (Exemple de facturation d'une anesthésie).*

RÈGLE 9.
REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : *Voir à la section 3.2.6.1 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » (Exemple de facturation d'une anesthésie).*

RÈGLE 10.
PARTICIPATION

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

RÈGLE 11.
ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

11.1 Un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % (MOD=34) du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

		R = 1	R = 2

D - ANESTHÉSIOLOGIE

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.*

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ 12,85

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival		5*
----	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)	
00904	Résection de racine dentaire		5*
00905	Obturation dentaire		5*
00918	Pulpectomie		5*
00919	Traitement de canal dentaire		5*
00960	Extension des replis muqueux		5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche		8*
00962	Implantation de prothèse dentaire		5*
00963	Alvéoloplastie		5*
00964	Alvéolectomie		5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique		5*
00967	Alvéolite		5*
00968	Fracture alvéolaire		5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme		5*
00970	Ablation de torus		5*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.		
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle		
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie		5*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie		5*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
00924	avec ou sans appareil de traction		5*
	Maxillectomie		
00930	partielle		10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoidienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoidien (unilatérale)		5*

		R = 1	R = 2
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)		
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux		5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétrotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoide)		5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)		5*
	Intervention sur le trijumeau		
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau		6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)		4*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnnière (comprenant la myotomie)		
00957	repositionnement bilatéral		10*
00959	diminution		8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)		
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste.	34,00	
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	17,00	

NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921	sous anesthésie générale		9
00910	sous anesthésie régionale par injection unique		9
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter		15

NOTE :
- si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (code d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la malade pour effectuer l'induction.
- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

		R = 1	R = 2
	ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE		
00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) : par visite	7,00	
	maximum par jour	28,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*		
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	70,00	
	Épidurale continue pour soulager la douleur :		
	pour les premières 48 heures		
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les visites, la surveillance et les injections	150,00	
	après 48 heures		
00935	réinjections et/ou visites, par jour, par patient	28,00	
00952	Épidurale différentielle incluant les visites, les injections et la surveillance	150,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	Douleur aiguë ou douleur chronique :		
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleural, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
00997	période de 24 heures ou moins		4
00998	période de plus de 24 heures		8
00999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément		3
	NOTE : Les actes codés 00997, 00998 et 00999 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 00988, 00989 et 01900 à l'intérieur d'une période de 48 heures.		
	AVIS : *Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.*		

		R = 1	R = 2
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
00988	période de 24 heures ou moins		4
00989	période de plus de 24 heures		8
01900	période de plus de 96 heures, par jour,supplément. .		3
	NOTE : Les actes codés 00988, 00989 et 01900 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 00997, 00998 et 00999 à l'intérieur d'une période de 48 heures.		
	AVIS : *Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT*		
01901	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique	50,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	INHALOTHÉRAPIE		
00917	Visite de contrôle.	6,00	
	Maximum par jour.	24,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*		
	NOTE : Ne peut pas être facturé par un médecin classé en anesthésiologie, en pédiatrie ou en pneumologie. De plus, la visite de contrôle en anesthésiologie (09135), en pédiatrie (09152) ou en pneumologie (09152) ne peut pas être facturée à la place de ce service médical codé 00917.		
00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins		5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		
	AVIS : *Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*		

		R = 1	R = 2
	SOINS SPÉCIAUX		
	Cathétérisme veineux		
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.		
	AVIS : *Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné.* *Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.*		
00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant.	140,00	
00987	supplément A8-1.		9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00902	patient de moins de 16 ans	95,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus	70,00	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	90,00	4*
00995	supplément (A8-1) (PG-23).		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	200,00	
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément.	25,00	
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	125,00	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	115,00	
00996	supplément A8-1.		7
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	82,50	

		R = 1	R = 2
	SOINS DE VENTILATION		
	Niveau I Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort		
00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)		1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00927	Contrôle subséquent, par visite	11,65	
	maximum par jour	46,60	
	NOTE : Cette visite de contrôle ne peut être jumelée le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*		
	Niveau II Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)		4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00991	Contrôle subséquent, par visite	11,65	
	maximum par jour	69,90	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*		

		R = 1	R = 2
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible A8-1		8
	AVIS : *Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (Réf. : article 6 de l'Annexe 29).*		
00900	*Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient . . . . . .*	*48,00*	
	COEUR-POUMON ARTIFICIEL		
	Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à (MOD=036).		18*
	AVIS : *Lorsque le modificateur 036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique ; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.*		
	TRANSPLANTATIONS		
00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base.		12*

		R = 1	R = 2
	DIVERS		
00981	Anesthésie pour angioradiologie PG-23		6*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne		6*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie		4*
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur		4*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite PG-23		10*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale		4*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture		4*
00974	Tamponnement nasal antérieur		4*
00975	anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie		7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie		10*
	anesthésie pour examen ophtalmologique :		
00955	sans intubation		5*
00956	avec intubation		5*
00976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale		4*
00977	anesthésie pour circulation assistée		8*
00978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire		8*
00979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire		7*
00983	anesthésie pour télécobalthérapie		4*
00985	Monitoring d'un foetus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément		1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale		10*

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE **E-2**

Règle 1 - Honoraire global **E-2**
Règle 2 - Visites **E-2**
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques **E-4**
Règle 4 - Soins simultanés **E-4**
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés **E-4**
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire **E-5**
Règle 7 - Séances opératoires distinctes **E-5**
Règle 8 - Chirurgies multiples **E-5**
Règle 9 - Chirurgies distinctes **E-6**
Règle 10 - Assistance **E-6**
Règle 11 - Forfait pour chirurgie oncologique complexe **E-7**

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE **E-8**

Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés **E-9**

CHIRURGIE PLASTIQUE **E-10**

#ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE **E-11**

Règle 1 - Application **E-11**
Règle 2 - Description des nerfs **E-11**
Règle 3 - Tarification **E-11**

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.
HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opératoires ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs.

RÈGLE 2.
VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Voir la règle 5 du préambule général ainsi que la règle d'application n° 7.*

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : *Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, veuillez utiliser le modificateur 179.*

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 49 $ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1er juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Toutefois, pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour les chirurgies du système digestif, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont également celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention. Toutefois, lorsque le médecin réclame les honoraires de plus d'un procédé chirurgical touchant plus d'un système, cette règle ne s'applique que si l'honoraire de la chirurgie du système digestif est le plus élevé.

Ne sont pas visées les chirurgies dont le tarif est de 49 $ ou moins.

Toutefois, dans les disciplines de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de la chirurgie générale, de la neurochirurgie, de l'obstétrique, de la gynécologie et de l'obstétrique-gynécologie, dans une unité de soins intensifs, le médecin a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires; le médecin qui confie le malade aux soins d'un autre médecin de la même discipline n'a pas droit au paiement de ces visites.

RÉDACTION D'UN RAPPORT DE CONSULTATION

2.4 Le chirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion, a droit au paiement d'un supplément pour la rédaction de son rapport.

Ce supplément est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et s'ajoute au tarif de la visite principale. ***(*)***

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

2.5 Un supplément de consultation intradisciplinaire est accordé, pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un chirurgien de sa discipline pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation intradisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise. ***(*)***

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE

2.6 Un supplément de consultation interdisciplinaire est accordé pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un médecin spécialiste d'une autre discipline, pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation interdisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise. ***(*)***

CONSULTATION RÉGLEMENTAIRE

2.7 Aucun supplément n'est payé au chirurgien qui voit un malade dans le cadre d'une consultation prescrite par une réglementation interne de l'établissement hospitalier.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

2.8 En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

Ce supplément de durée est payé pour la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée est également payé pour la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

AVIS : *(*) Voir sous l'onglet « Consultation et examen », la page B-3.*
- Utiliser les codes d'acte appropriés dans le tableau d'honoraires des visites selon la discipline du médecin.

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général.

AVIS : *Fournir les notes explicatives et inscrire la durée de la visite dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*
- Utiliser le code d'acte 09292, 15085, 15094 et 15128 dans le tableau d'honoraires des visites selon la discipline du médecin.

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ET EN NEUROCHIRURGIE

2.9 Les dispositions des articles 2.4, 2.5 et 2.6 ne s'appliquent pas au chirurgien général et au neurochirurgien.

Quel que soit le médecin référant, le chirurgien général ou le neurochirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion a droit à un supplément de consultation déterminé selon le lieu de dispensation du service.

Le supplément s'ajoute au tarif de la visite principale.

RÈGLE 3.
PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 4.
SOINS SIMULTANÉS

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

RÈGLE 5.
SOINS POST-OPÉRATOIRES CONFIÉS

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global (MOD=024).

AVIS : *Aux fins de facturation, le chirurgien doit inscrire dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT, le nom et le* ***numéro du professionnel*** *qui assumera les soins post-opératoires.*

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 RÉFERANT, 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 musculosquelettique, 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 07251.*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

AVIS : *Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Voir les codes d'acte 01425 et 01426.*

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 :

05987 *assistance pour une durée anesthésique de 4 à 5 heures au total*
05988 *assistance pour une durée anesthésique de 5 à 6 heures au total*
05989 *assistance pour une durée anesthésique de 6 à 8 heures au total*
05990 *assistance pour une durée anesthésique de 8 à 10 heures au total*
05991 *assistance pour une durée anesthésique de 10 à 12 heures au total*
05992 *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 05994, 05995, 05996 et 05997.*

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)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 505,00	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 720,00	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 150,00	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 795,00	18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (Codes d'acte 01425-01426) 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 05912 et 05913 pour lesquels les honoraires sont identifiés :

05908 *assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total*
05909 *assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total*
05910 *assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total*
05911 *assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures*
05912 *par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 112,50 $*
05913 *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.

		R = 1	R = 2
	CHIRURGIE PLASTIQUE		
	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés		
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 400,00	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 600,00	18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 000,00	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 600,00	18
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	450,00	
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2) supplément	350,00	

AVIS : *Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - chirurgie.*

ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE

RÈGLE 1.
APPLICATION

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscopie; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

RÈGLE 2.
DESCRIPTION DES NERFS

2.1 On entend par « nerfs majeurs» les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplité externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

RÈGLE 3.
TARIFICATION

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

INDEX

Page

PEAU-PHANÈRES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **F-2**

Abcès ou hématome ou sérome, unique ou multiple **F-2**
Tumeur bénigne ou précancéreuse **F-3**
Tumeurs cancéreuses **F-4**
Cryochirurgie **F-5**
Verrue **F-6**
Réparation de plaies **F-8**
Brûlures **F-10**
Greffe capillaire **F-11**
Greffes cutanées ou greffes cultivées **F-11**
Greffes par glissement, rotation ou transposition **F-11**
Greffe pédiculée (à distance) **F-12**
Greffe libre **F-12**
Dermabrasion : Sablage **F-13**
Seins **F-14**
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement **F-16**
Fistule cutanée **F-16**
Chirurgie plastique **F-16**

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

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.*

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants : 01338, 01395, 01401, 01402, 01419, 01460, 01463, 01464, 01465, 01010, 01012, 01021, 01386, 01388, 01407 et 01410 et elle est également requise pour les codes d'acte suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01405, 01406, 01416 et 01417

NOTE : Pour les actes codés 01434 et 01435, l'autorisation de la Régie est requise seulement dans les cas d'asymétrie mammaire.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant

		R = 1	R = 2
	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle	28,00	
01014	périanal	42,00	
01015	palmaire ou digital	100,00	
01016	intramusculaire	119,00	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01017	sous-cutané (PG-28)	90,00	4
01018	périanal (PG-23)	102,00	4
01019	palmaire ou digital (PG-28)	90,00	4
01020	intramusculaire (PG-28)	102,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision conventionnelle, au Laser ou par cryochirurgie		
	NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation. Ne peut être utilisé pour la cryothérapie		
	TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE		
	(biopsies comprises) : (Naevi, angiomes, lipomes, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans à la face ou au cou antérieur traités au laser et les verrues).		
	Face, cou et organes génitaux		
	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
01101	sans suture *(**)*	14,00	
	avec suture		
01102	2 cm ou moins *(*)*	14,00	
01103	2 cm à 5 cm *(*)*	30,00	
01104	plus de 5 cm *(*)*	99,00	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28) *(*)*	30,00	4
01106	2 cm à 5 cm (PG-28) *(*)*	60,00	4
01107	plus de 5 cm *(*)*	102,00	4
	Autre région		
	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins *(**)*	12,30	
01109	plus de 5 cm *(*)*	36,00	
	avec suture		
01121	5 cm ou moins *(*)*	24,00	
01122	plus de 5 cm *(*)*	39,60	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28) *(*)*	80,00	4
01124	plus de 5 cm (PG-28) *(*)*	112,20	4
	NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.		
	AVIS : *Indiquer le nombre de tumeurs dans la case UNITÉS, sauf pour les codes d'acte 01101 et 01108.* *Voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » concernant les unités*		

AVIS :
(*) La lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire; inscrire le nombre de centimètres du côté le plus long du rectangle dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
(**) Voir la règle d'application n° 32.

		R = 1	R = 2
	Lipomatose diffuse ou neurofibromatose		
01126	Exérèse de 5 lésions ou plus	C.S.	4

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

	Kystes sébacés :		
01169	face, cuir chevelu, cou (PG-28)	16,50	4
01172	autres localisations	28,00	4

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : *Utiliser une ligne par lésion.*

Traitement des angiomes-plans à la face ou au cou antérieur, par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié

	sous anesthésie :		
01110	par cm carré (PG-28)	20,00	4
	maximum par séance	200,00	
	sans anesthésie :		
01112	par cm carré	10,00	
	maximum par séance	50,00	

NOTES : **1.** si le patient a plus de 21 ans, la superficie doit être de 6 cm carrés ou plus et une autorisation préalable de la Régie est nécessaire.
2. ce tarif est payable en établissement seulement.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*

Pour un patient de plus de 21 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.

TUMEURS CANCÉREUSES

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

	Face, cou et organes génitaux		
01131	sous anesthésie locale	85,00	
01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	100,00	5

		R = 1	R = 2
	Autre région		
01133	sous anesthésie locale	42,00	
01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	102,00	5
	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
01199	ensemble des temps (PG-28)	195,00	5
	Exérèse de corps étrangers :		
01196	simple (PG-28)	28,00	4
01197	compliquée	C.S.	5

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

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.

01143	face, cou et organes génitaux	50,00	5
01144	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 01010, 01012, 01021, 01210 et 01211 sont réclamés.*

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	400,00	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	195,00	4
01021	membre inférieur	350,00	4
	Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	60,00	
01211	sous anesthésie générale	90,00	5
	Onycectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :		
01215	simple	24,00	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	119,00	4
	Sinus pilonidal (Kyste sacro-coccygien) :		
01217	excision simple	180,00	4
01220	excision et plastie	185,00	4
01221	marsupialisation	180,00	4

		R = 1	R = 2
	VERRUE		
	Excision chirurgicale :		
	non faciale :		
01222	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 UNITÉS.*		
	faciale :		
01223	première	12,50	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune	3,00	
	maximum 9 verrues additionnelles		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.*		
	plantaire :		
01225	première	16,50	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune	4,60	
	maximum de 10 verrues additionnelles par séance		
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.*		
01227	en mosaïque (excision totale) par séance	50,00	5
01224	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.

		R = 1	R = 2
	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.		
	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		
01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00	
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.*		
01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	18

		R = 1	R = 2
	Réparation de plaies (débridement compris)		
	Lacérations simples :		
	face et cou :		
	Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01320	moins de 1 cm (PG-28)	19,50	4
	par cm additionnel *(*)*	9,00	
	valeur maximum	200,00	
	autres localisations :		
	pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01323	moins de 1 cm (PG-28)	12,50	4
	par cm additionnel *(*)*	3,50	
	valeur maximum	105,00	
	Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)		
01316	1er centimètre	53,80	4
	par centimètre additionnel	9,70	
	AVIS : *Le service médical codé 01316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 01317.*		
	au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément		
01317	1er centimètre	16,10	
	par centimètre additionnel *(*)*	3,25	
	AVIS : *Le service médical codé 01317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 01316.*		

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
	Lacérations compliquées :		
	NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération. À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.		
	face et cou :		
01322	moins de 2,5 cm (PG-28)	53,80	5
	par 2,5 cm additionnels	32,30	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	538,30	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée.* *Exemple : 2,5 cm = 1 unité.*		
	Joindre le compte rendu opératoire.		
01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28) . .	C.S.	5
	AVIS : *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.		
01327	chaque unité de 1 cm (PG-28).	3,40	4
	valeur maximum	61,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*		
01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	C.S.	5
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		

		R = 1	R = 2
	Brûlures		
	débridement isolé de brûlures		
	moins de 10% de la surface corporelle		
	Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé		
01345	entre 10% et 30% de la surface corporelle, par cm. . . .	0,50	8
	valeur maximum	125,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*		
	Si le nombre d'unités est plus grand que 99 cm, voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » concernant les unités.		
01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux	420,00	8
01333	étendues	C.S.	8
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	600,00	8
	AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire*		
	Escharotomie de décompression chez les brûlés		
01346	tronc (PG-28)	100,00	4
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	100,00	4
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	100,00	4
	NOTES : **1.** Les services médicaux codés 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les services médicaux codés 01345, 01339 et 01333.		
	2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre, qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.		
01334	changement de pansements sous anesthésie générale incluant le débridement	120,00	7
01321	Injections multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	40,00	6
	AVIS : *Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*		

		R = 1	R = 2
	Greffe capillaire		
01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de greffons dans la case UNITÉS. Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.*		
	Greffes cutanées ou greffes cultivées		
	A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.		
01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	70,00	4
	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraft)		
01360	première application	100,00	4
01361	application additionnelle ou subséquente	25,00	4
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'applications dans la case UNITÉS.*		
	Greffes par glissement, rotation ou transposition		
	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	165,00	4
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	120,00	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	210,00	4
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28)	440,00	6
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	662,00	6
----	avec microchirurgie	(Voir sous greffe libre)	
	sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	210,00	5
01369	en deux temps	200,00	5
01336	gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	672,00	8

		R = 1	R = 2
	Greffe pédiculée (à distance)		
	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	175,00	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	225,00	7
	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	125,00	5
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	100,00	4
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	52,00	4
	Greffe libre		
01362	bout du doigt (PG-28)	100,00	5
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	150,00	5
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	1 935,00	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	200,00	5
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	300,00	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	350,00	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	195,00	5
01356	cavité nasale (PG-28)	194,00	4
01357	cavité buccale	290,00	4
01358	sous une greffe pédiculée	135,00	4
01359	cavité osseuse importante	225,00	4
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	100,00	4
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	180,00	4
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	350,00	4
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	4,00	
	maximum par séance	600,00	

AVIS : *Le chiffre inscrit dans la case UNITÉS doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm excédant 600 cm plus 1.*

01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	350,00	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, inter-costal	800,00	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	690,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant prise du greffon pédicule vasculaire, un ou plusieurs	1 500,00	18
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 500,00	18
01427	cutané, supplément	110,00	
01428	musculaire, supplément	110,00	
01429	osseux, supplément	110,00	

		R = 1	R = 2
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	165,00	
01431	nerveuse, supplément	110,00	
01387	Lambeau jambes croisée	400,00	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	145,00	6
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	125,00	5

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 01395 est facturé.*

01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément	77,00	

DERMABRASION : SABLAGE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01310, 01311 et 01312 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :		
01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	150,00	5
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	100,00	5
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	75,00	4

Correction chirurgicale ou au Laser
de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01405, 01406, 01416 et 01417 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
01405	moins de 4 cm (PG-28)	70,00	4
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	100,00	4
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	150,00	5
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	200,00	4

		R = 1	R = 2
	SEINS		
	Incision		
01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes	90,00	5
	Excision		
01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein	130,15	5
01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	170,00	5
01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne	190,00	5
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	420,00	5
01230	Mastectomie simple ou totale	350,00	5
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
01233	unilatérale	230,00	5
01234	bilatérale	345,00	5
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 01233 ou 01234 est facturé.*		
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	480,00	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	576,00	8
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (PG-28).	120,00	4
	NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique.		
01235	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 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 01434 et 01435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*		
	Lorsque le code 01435 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 01386, 01388, 01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419, 01434, 01463, 01464, 01465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale. . .	280,00	6
01402	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		
01407	sans implant	850,00	10
01410	avec implant	950,00	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	192,50	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	210,00	4
01388	par tatouage (PG-28)	210,00	4
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	105,00	
	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 01386 et 01388. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*		

		R = 1	R = 2
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale	341,00	6
01435	bilatérale (PG-28)	505,00	6

AVIS : *La réduction de moins de 250 grammes par sein n'est pas un service assuré.*

01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	55,00	
01465	Mastopexie	325,00	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	35,00	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	140,00	4
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	250,00	4

GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT

	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
01432	sans greffe (PG-28)	125,00	4
01433	avec greffe	150,00	4

FISTULE CUTANÉE

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	90,00	4
01415	Profonde sous-aponévrotique	120,00	4

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire lorsque les codes d'acte 01460, 01463 et 01464 sont réclamés.*

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

AVIS : *Tous les codes d'acte de cette rubrique sont des codes d'acte négociés **C.S.** au tarif (voir la règle 16 du préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.*

01451	Intervention très mineure (PG-28)	35,00	4
01452	Intervention mineure (PG-28)	100,00	5
01453	Intervention moyenne (PG-28)	129,00	5

		R = 1	R = 2
01454	Intervention majeure (PG-28).	175,00	5
01455	Intervention très importante (PG-28)	C.S	9
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	500,00	6
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée . .	C.S.	10
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
	Implantation de matière allogène :		
	Implantation de matière allogène :		
01459	A la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28).	125,00	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28).	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée, incluant les gonflements (PG-28)	300,00	5
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28)	250,00	5

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)

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=029)

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=134)

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=150)

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte. (MOD=039)

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé. (MOD=020)

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 4 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 100 $ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

7.2 On accorde un honoraire de 50 $ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

7.3 On accorde un honoraire de 100 $ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 10.
FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgie oncologique d'une durée anesthésique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : *Voir les codes d'acte 02188, 02189 , 02192, 09566 et 09567.*

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (MOD=172).

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.*

Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, veuillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du présent manuel.

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : *Voir les codes d'acte 19052, 18000 à 18006.*

		R = 1	R = 2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

CRÂNE ET FACE

Arthroplastie

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	452,00	6

Biopsie

09550	ouverte (unique ou multiple)(PG-28)	155,00	5

Manipulation sous anesthésie générale

02862	temporo-mandibulaire	21,00	4

Excision

02206	condylectomie unilatérale	225,00	4
09551	tumeur bénigne (PG-28)	274,00	5
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	376,00	6
02112	hémimandibulectomie	245,00	5
02203	mandibulectomie totale	390,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	359,00	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	480,00	12
02207	méniscectomie temporo-mandibulaire	225,00	4

Fractures

	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	105,40	5
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	370,00	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	425,00	10
07502	avec traumatisme cérébral important	415,00	10
07503	intéressant les sinus	446,00	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	370,00	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	463,00	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	560,00	15

		R = 1	R = 2
	maxillaire inférieur		
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	54,80	
02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	161,00	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	460,00	6
02521	bilatérale	645,00	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	165,00	5
02523	méniscectomie	226,00	4
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	77,00	2
	maxillaire supérieur		
02502	fixation inter-maxillaire	145,00	4
02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	255,00	5
02515	réduction ouverte	165,00	7
02516	fracture 1/3 moyen de la face	538,00	10
02518	disjonction cranio-faciale	600,00	12
	nez		
02527	réduction (PG-28)	80,60	4
	os malaire		
02507	réduction fermée	55,90	5
	réduction ouverte		
02513	simple	140,00	5
02514	avec ostéosynthèse	300,00	5
02522	par voie sinusale	225,00	5
	Incision et drainage		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	450,00	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	242,00	4
	Luxation		
	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée	54,80	4
02526	réduction ouverte	130,00	4
	Ostéotomie		
02017	maxillaire inférieur unilatéral	495,00	8
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	432,00	10
02019	avec greffe osseuse	576,00	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	387,00	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	576,00	10
02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	469,00	10
02088	avec apertognathie ou latérognathie	586,00	12
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	1 080,00	18
02090	par voie extracrânienne	960,00	15

		R = 1	R = 2
	Reconstruction		
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	350,00	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	349,00	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 000,00	18
02444	voie extracrânienne.	1 500,00	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses.	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 675,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement (ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	993,00	15
02447	en deux segments.	1 120,00	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant.	1 300,00	18
02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement	532,00	12
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire . . .	387,00	6

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

02169	approche abdominale :.	143,00$
02170	approche thoracique :.	330,00$
02171	approche thoraco-abdominale:	495,00$

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'addendum 4 de chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

	greffe seulement		
02915	un niveau	530,00	10
02916	deux niveaux	530,00	10
02917	trois niveaux ou plus.	636,00	12
	greffe avec instrumentation		
02182	un niveau	742,00	12
02183	deux niveaux	742,00	12
02184	trois niveaux ou plus.	847,00	15

		R = 1	R = 2
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	264,00	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	100,00	4
	Biopsie		
02119	corps vertébral	255,00	6
02109	d'un élément postérieur	132,00	4
	Décompression		
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie		
02755	lombaire	589,00	15
02758	dorsale ou cervicale	687,00	15
02763	avec greffe, supplément	275,00	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	385,00	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	440,00	
	NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».		
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02837	un niveau, supplément	495,00	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	550,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant		
	NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.		
	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale ou dorsale		
02210	un niveau	545,00	12
02217	deux niveaux ou plus	675,00	12

		R = 1	R = 2
	lombaire		
02216	un niveau	491,00	7
	chaque niveau additionnel	76,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*		
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
02910	un ou plusieurs niveaux	736,00	12
	lombaire		
02922	un niveau	636,00	12
02924	deux niveaux ou plus	742,00	12
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
02923	un ou plusieurs niveaux	797,50	15
	lombaire		
02022	un niveau	742,00	12
02024	deux niveaux ou plus	847,00	15
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
02173	un niveau	628,00	12
02196	deux niveaux ou plus	687,00	12
	avec greffe et instrumentation		
02140	un ou plusieurs niveaux	715,00	15
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
02087	un niveau	436,00	12
02111	deux niveaux ou plus	497,00	12
	avec greffe		
02117	un niveau	636,00	12
02124	deux niveaux ou plus	742,00	12
	avec greffe et instrumentation		
02128	un niveau	742,00	12
02136	deux niveaux ou plus	847,00	12
	avec remplacement par prothèse		
02942	un niveau	800,00	12
02947	deux niveaux ou plus	1 000,00	15
	Excision		
02123	apophyse épineuse	132,00	5
02272	apophyse transverse	463,00	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	742,00	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 008,00	18
02221	greffe et instrumentation, supplément	385,00	

		R = 1	R = 2
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément	495,00	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	550,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	331,00	6
	Fracture - colonne		
	NOTES : **1)** S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; (MOD=057) **2)** Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure),le modificateur s'applique; **3)** Si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059)		
	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	265,00	5
	réduction ouverte		
09570	approche postérieure	463,00	18
09571	approche postérieure avec greffe osseuse	636,00	18
09572	approche postérieure avec instrumentation	742,00	18
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	847,00	18
09574	approche antérieure	436,00	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse	636,00	18
09576	approche antérieure avec instrumentation	672,00	18
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	847,00	18
	AVIS : *Le modificateur 150 s'applique aux codes d'acte 09570 à 09577.*		
02226	vissage de l'odontoïde	925,00	18
	fracture sacrum		
02582	réduction ouverte	265,00	4
	coccyx		
02214	excision	132,00	4
	Incision et drainage		
	séquestrectomie et drainage		
02044	par voie antérieure	636,00	10
02045	par voie postérieure	385,00	6
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	530,00	12

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie		
	de la colonne		
02025	un niveau	844,80	12
	chaque niveau additionnel	134,00	
	maximum	1 112,80	
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément	265,00	
02004	deux niveaux, supplément	265,00	
02005	trois niveaux ou plus, supplément	318,00	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un niveau, supplément	371,00	
02134	deux niveaux, supplément	371,00	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	425,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*		
	Ponction (aspiration, injection)		
02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	280,00	5
02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	265,00	5
	Scoliose		
	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	528,00	12
	niveau additionnel	99,00	
	maximum	627,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*		
02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 188,00	18
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	330,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.*		
	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	530,00	15
02459	thoraco-abdominale	636,00	18
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	132,00	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	1 059,00	15
02462	thoraco-abdominale	1 192,00	18
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	115,50	

		R = 1	R = 2
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	410,00	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	55,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS*		
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	925,00	18
02284	temps postérieur	728,00	18
02293	temps combinés	1 080,00	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	385,00	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	420,00	8
02399	relâchenent musculotendineux de la concavité	265,00	6
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
02362	un niveau	528,00	6
	niveau additionnel	134,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS*		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie	397,00	6
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéloméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéloméningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	925,00	18
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	132,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	265,00	7
09555	exérèse de l'appareillage	110,00	4
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	132,00	

		R = 1	R = 2
	THORAX		
	Biopsie		
02066	costale ouverte	180,00	5
	Excision		
02114	de première côte	320,00	6
02116	de côte cervicale	320,00	6
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	300,00	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	784,00	10
	Fracture		
02539	de côtes, avec complication	C.S.	8
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
	du sternum		
02533	réduction fermée	110,00	4
02535	réduction ouverte	182,00	6
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	6
	Reconstruction		
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondro plastie)	768,00	15
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	155,00	5
	BASSIN		
	Amputation		
02215	hémipelvectomie	960,00	15
09560	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 055,00	18
	Arthrodèse		
02935	sacro-iliaque	463,00	8
	Biopsie osseuse		
02062	ouverte	199,00	4
	Désinsertion		
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	331,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision		
02130	tumeur bénigne sans greffe	331,00	5
02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	463,00	10
02132	tumeur maligne sans greffe	397,00	8
02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	575,00	10
	Exérèse		
02519	de plaque et vis	226,00	8
02528	de matériel symphyse pubienne	132,00	4
	Fractures		
02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	199,00	5
02584	acétabulum, réduction ouverte	530,00	8
02580	acétabulum, avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 260,00	18
	bassin		
02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	199,00	
02583	réduction ouverte : pubis	463,00	7
	fracture de une ou deux colonnes		
02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 059,00	15
02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	953,00	15
	fracture de une ou deux colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	847,00	15
02707	fracture de Malgaine instable avec présentation tardive (après 21 jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 440,00	18
	Greffe osseuse		
02774	greffe osseuse au bassin	327,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage		
02775	abcès d'ostéomyélite	265,00	4
02776	fenestration ou forage	199,00	5
02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	205,00	4
	Luxation sacro-iliaque		
02676	réduction fermée seule	51,00	4
02567	réduction fermée, traction, spica, etc	116,00	5
02572	réduction ouverte	636,00	8
	Ostéotomie		
02000	type Salter	636,00	6
02001	type Chiari ou « shelf »	742,00	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 008,00	18

		R = 1	R = 2
	EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS		
	ÉPAULE		
	Amputation		
02281	désarticulation gléno-humérale	530,00	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	768,00	10
	Arthrodèse		
02925	gléno-humérale	636,00	8
02965	scapulo-thoracique	546,00	10
	Arthrolyse		
02973	gléno-humérale	530,00	8
	Arthroplastie		
02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	530,00	5
02407	prothèse totale gléno-humérale	742,00	8
	Arthroscopie		
02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	170,50	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	225,50	5
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02037	gléno-humérale	265,00	5
	Biopsie		
	clavicule ou omoplate		
02084	à l'aiguille	110,00	4
02085	ouverte	199,00	5
	Examen et manipulation		
02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale	110,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision		
02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	255,00	5
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	210,00	4
02220	tête humérale	265,00	5
02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omo-vertébral	255,00	5
02779	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	397,00	6
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	397,00	6
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
	Exérèse		
02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28)	110,00	4
	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).*		
02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	155,00	5
02976	de prothèse simple	265,00	5
02977	de prothèse totale	331,00	6
	Fracture		
	clavicule		
02537	réduction ouverte	265,00	5
	omoplate		
02534	réduction fermée	110,00	5
02536	réduction ouverte, col et/ou glène	420,00	7
	Greffe		
02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate	265,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Luxation		
	acromio-claviculaire		
02545	réduction fermée	46,00	4
02548	réduction ouverte	265,00	6
	gléno-humérale		
02546	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
02549	réduction ouverte	397,00	5

		R = 1	R = 2
02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	341,00	6
02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	451,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	632,50	6
	sterno-claviculaire		
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement	116,00	4
02547	réduction ouverte	265,00	6
	Ostéotomie		
02095	clavicule	265,00	5
02094	omoplate	331,00	6
	Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant		
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	225,50	5
02145	pour rupture du tendon du biceps distal	341,00	6
	coiffe des rotateurs		
02156	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	397,00	5
02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	463,00	6
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	397,00	5
	Scapulopexie		
02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	636,00	8
	Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02231	gléno-humérale	397,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	Transposition		
02857	un tendon	341,00	4
02858	deux tendons ou plus	451,00	5
02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps	115,50	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

		R = 1	R = 2
	BRAS (HUMÉRUS)		
	Allongement ou correction incluant l'ostéotomie		
	Allongement		
02892	avec ou sans greffe	953,00	8
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau	662,00	12
02840	deux niveaux	960,00	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	817,00	12
	Amputation		
02280	au bras	360,00	5
	Biopsie osseuse		
02174	à l'aiguille	110,00	4
02175	ouverte	199,00	4
	Excision		
	tumeur bénigne		
02176	sans greffe	199,00	5
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	463,00	6
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	728,00	15
	tumeur maligne		
02178	sans greffe	530,00	7
02179	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant	636,00	8
02181	extensive avec reconstruction	847,00	15
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	1 192,00	18
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	205,00	6
----	excision de la tête humérale	(Voir épaule)	
	Exérèse		
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	110,00	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).*

02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal	170,50	5
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	255,00	5

		R = 1	R = 2
	Fasciotomie		
02011	au bras	199,00	5
	Fractures		
	col chirurgical sans luxation de la tête		
02605	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
02568	réduction fermée et fixation percutanée	280,50	6
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	463,00	6
	col chirurgical avec luxation de la tête		
02606	réduction fermée (PG-28)	155,00	5
02598	réduction fermée et fixation percutanée	341,00	6
02631	réduction ouverte	530,00	6
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	636,00	8
	trochin-trochiter		
02632	réduction ouverte	331,00	6
	diaphyse		
02608	réduction fermée (PG-28)	155,00	5
02633	réduction ouverte	530,00	6
02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément	84,70	
	sus ou transcondylienne		
02609	réduction fermée (PG-28)	199,00	5
02640	réduction fermée et fixation percutanée	265,00	5
02634	réduction ouverte	530,00	6
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
02610	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
02912	réduction fermée et fixation percutanée	225,50	6
02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	265,00	6
02921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée	341,00	6
	Greffe osseuse		
02363	humérus	210,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	Incision et drainage		
02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	264,00	5
	Injection avec ou sans scopie (Voir la section GÉNÉRALITÉS du présent onglet)		
	Ostéotomie		
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant (PG-28)	360,00	6

		R = 1	R = 2
	COUDE		
	Amputation		
02279	désarticulation au coude	360,00	4
	Arthrodèse		
02927	du coude	463,00	6
	Arthroplastie		
02404	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
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02039	du coude	132,00	4
02510	du coude pour arthrite septique	265,00	5
02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	397,00	8
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	883,00	12
	Arthroscopie		
02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	170,00	5
02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	225,00	5
	NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	397,00	8
	Désinsertion		
02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	132,00	4
	Examen et manipulation		
02834	Examen et manipulation (SAG)	110,00	4
	NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Excision		
02222	tête radiale	265,00	5
02230	tête radiale avec remplacement	331,00	4

		R = 1	R = 2
	Exérèse		
02989	de prothèse totale	530,00	6
	Luxation		
02662	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	
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	90,00	4
	Reconstruction		
	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	
	Synovectomie		
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28)	265,00	6
	AVANT-BRAS		
	Amputation		
02278	amputation	360,00	4
	Biopsie - radius ou cubitus		
02991	à l'aiguille	110,00	4
02992	ouverte	199,00	5
	Excision		
09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	199,00	5
	tumeur - radius ou cubitus		
02993	tumeur bénigne (PG-28)	132,00	5
02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	530,00	8
02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	742,00	12
02995	tumeur maligne	480,00	8
02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	8
02997	résection extensive et reconstruction	742,00	15
02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	847,00	15
02723	avec prothèse, supplément	165,00	2

		R = 1	R = 2
	Exérèse		
02315	plaque et vis - radius (PG-28)	199,00	5
02314	plaque et vis - cubitus	132,00	5
02316	plaque et vis - radius et cubitus	265,00	5
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) ***(*)***	110,00	4
02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) ***(*)***	115,50	4

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).*

	Fasciotomie		
02020	un compartiment	331,00	5
02021	deux ou plusieurs compartiments	463,00	6
	Fractures		
	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		
02651	réduction fermé (PG-28)	113,00	4
02652	réduction ouverte	463,00	8
	réduction fermée et fixation par broche(s)		
18043	radius ou cubitus proximal ou distal	155,00	5
	Greffe		
02359	cubitus	265,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02358	radius	265,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02360	radius et cubitus	342,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation		
02903	radius	300,00	5
02904	cubitus	312,00	5
02905	radius et cubitus	461,00	8

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation		
02906	radius ou cubitus	331,00	4
02907	radius et cubitus	463,00	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
	Reconstruction		
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	636,00	8
	MAIN ET POIGNET		
	Amputation		
02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	105,00	5
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation méta-carpo-phalangienne (PG-28)	105,00	5
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les pha-langes (PG-28)	205,00	4
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	200,00	4
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	331,00	4
	Allongement		
	phalanges et métacarpiens		
02914	un (maximum de 540,00 $) (PG-28)	180,00	5
	Arthrodèse		
02928	pouce (PG-28)	331,00	5
02929	doigt (PG-28)	205,00	5
02926	poignet (PG-28)	463,00	5
	Arthrolyse		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28)	662,00	12
	Arthroplastie		
18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	331,00	6
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentai-res, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	360,00	6
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	265,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	742,00	8
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exé-rèse et remplacement par prothèse (PG-28)	463,00	6
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	205,00	5

		R = 1	R = 2
	Arthroscopie		
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	155,00	5
02958	avec débridement, supplément	100,00	
02960	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.		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation		
	NOTE : Les actes 02038, 02040, 02932 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	115,00	4
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	180,00	5
02038	poignet (PG-28)	120,00	4
02933	poignet avec arthrite septique (PG-28)	265,00	5
	Biopsie		
02934	à l'aiguille, main et poignet	51,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	105,00	5
	Décompression		
02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	130,00	4
	NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)		
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	175,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision		
02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	205,00	5
02895	méniscectomie radio-cubitale	240,00	4
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	154,00	5
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	5
02784	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant (PG-28)	171,00	4
02785	carpe (PG-28)	132,00	5
02786	carpe avec greffe (PG-28)	310,00	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28)	199,00	4
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	226,00	5
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	420,00	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	560,00	15
	Exérèse		
	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	116,00	4
02650	carpe (PG-28)	199,00	5
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	115,50	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).*

	Fractures ou luxation		
	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
18046	chacune additionnelle pour la même main	22,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

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	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

		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		
02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 210,00 $)	105,00	5
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*		
	pour maladie de Dupuytren		
02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	155,00	5
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	210,00	7
	Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux		
02658	métacarpe, phalange (PG-28)	205,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés (PG-28)	171,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02897	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		
02698	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	5
02699	carpe (PG-28)	171,00	6
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	132,00	5

		R = 1	R = 2
	Manipulation d'articulation sous anesthésie générale		
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	21,00	4
02835	poignet (PG-28)	110,00	4
	Ostéotomie de correction		
02706	phalange proximale (PG-28)	180,00	4
02713	phalange moyenne (PG-28)	120,00	5
02717	phalange distale (PG-28)	120,00	5
02718	métacarpe (PG-28)	120,00	4
18055	ROFI, supplément	100,00	
	Réparation, toute technique		
02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	180,00	5
02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	240,00	5
	Reconstruction ligamentaire		
02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	205,00	5
02160	poignet avec greffe de tissus (PG-28)	195,00	6
	Synovectomie		
02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	105,00	5
02741	poignet (PG-28)	205,00	6
	Syndactylie		
02377	avec greffe de commissure (PG-28)	360,00	5
	Ténotomie corrective		
02050	un doigt (PG-28)	105,00	5
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	100,00	4

		R = 1	R = 2
	EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS		
	HANCHE		
	Amputation		
02296	désarticulation de la hanche.	742,00	12
	Arthrodèse		
02936	primaire	742,00	12
02930	post résection de tête fémorale	740,00	15
	Arthroscopie		
02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire (PG-28). .	390,00	4
	Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)		
02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	530,00	8
02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse . . .	583,00	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	738,50	12
02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	847,00	12
02614	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant	1 059,00	18
02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 017,50	18
	remplacement de prothèse totale :		
09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre). . .	965,00	15
	en deux temps :		
02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire). . .	800,00	10
02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant).	800,00	12
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	530,00	10
02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	632,50	12

		R = 1	R = 2
09599	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		
02055	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)		
02320	prothèse simple	397,00	5
02321	prothèse totale	530,00	8
02794	clous ou vis	200,00	5
02795	clou-plaque, plaque et vis	331,00	6
	Luxation		
	traumatique		
02619	réduction fermée sans anesthésie (PG-28)	115,50	
02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (PG-28)	170,50	5
02757	réduction ouverte	530,00	8
	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
02747	unilatérale	280,00	5
02748	bilatérale	342,00	5
02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	742,00	8
02700	réduction ouverte (incluant spica)	636,00	8
02500	avec ostéotomie du bassin	742,00	10
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	902,00	15
	Examen et manipulation		
02849	sous anesthésie régionale ou générale	100,00	4
	Synovectomie		
02252	complète	530,00	8
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

		R = 1	R = 2
	Ténotomie		
	adducteurs		
02074	fermée	110,00	4
02079	ouverte	132,00	4
02081	psoas	199,00	4
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	463,00	6
	Transposition et réinsertion tendineuse		
02432	abdominale	250,00	5
02433	psoas iliaque	672,00	8
	CUISSE		
02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat	132,00	5
02295	amputation de la cuisse	420,00	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	636,00	8
02041	fasciotomie fémorale	265,00	5
	FÉMUR		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	847,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	953,00	15
02378	deux niveaux	1 104,00	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	864,00	12
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	265,00	5
	Biopsie		
02796	à l'aiguille	110,00	4
02797	ouverte	199,00	5
02719	forage et décompression de la tête fémorale	225,50	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	110,00	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Épiphysiodèse		
02950	fémur par greffe	463,00	5
02952	fémur et tibia par greffe	530,00	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	397,00	5
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	463,00	5
02798	grand trochanter	232,00	5

		R = 1	R = 2
	Excision		
02240	tête et col	463,00	5
	tumeur bénigne col et/ou tête		
02799	sans greffe	530,00	6
02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	8
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
02802	sans greffe	265,00	5
02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	530,00	8
02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 059,00	15
	tumeur maligne		
02808	sans greffe	530,00	8
02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	636,00	8
02812	résection extensive et reconstruction	1 192,00	15
02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 192,00	18
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	225,50	4
	Exérèse de matériel		
02307	bande métallique (une ou plusieurs)	132,00	5
02310	clou, incluant le verrouillage proximal	262,00	5
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	262,00	5
02899	plaque et vis	265,00	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	55,00	3
	Fracture		
	col ou intertrochantérienne		
02637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (PG-28)	115,50	5
02638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (PG-28)	132,00	5
	AVIS : *En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.*		
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	397,00	8
02716	clou et plaque	463,00	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	635,00	10
	col ou pertrochantérienne		
02739	réduction ouverte et ostéotomie	530,00	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	463,00	8
02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	66,00	
	sous trochantérienne		
02742	réduction ouverte	636,00	10

		R = 1	R = 2
	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne		
02690	réduction fermée avec ou sans anesthésie (PG-28) . . .	264,00	5
	AVIS : *En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.*		
18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur . .	100,00	5
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	636,00	10
09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	742,00	10
09590	verrouillage distal, supplément	115,50	2
	Greffe		
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage	530,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision		
02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	397,00	5
02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aigüe	397,00	5
02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	397,00	5
	Ostéotomie		
02091	col fémoral	742,00	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	636,00	8
	Raccourcissement de l'os		
02405	avec ou sans greffe	742,00	10
	Transfert ou transposition		
02625	grand trochanter seul	463,00	5
	Plastie		
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo-nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 645,00	18

		R = 1	R = 2
	GENOU		
	Amputation		
02294	désarticulation du genou	397,00	5
	Arthrodèse		
02937	simple	636,00	8
02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, le cas échéant	700,00	12
	Arthrolyse		
	directe		
18013	par arthroscopie	310,00	5
18014	par voie ouverte	460,00	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	953,00	12
	Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)		
02492	prothèse totale unicompartimentale	575,00	8
02403	prothèse totale bicompartimentale	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
02497	prothèse totale et exérèse de prothèse en un temps	892,00	12
02487	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément	220,00	3
02391	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément	220,00	3
02392	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	385,00	3
02393	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément	385,00	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02391, 02392, 02393 et 02487 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.		
02498	prothèse rotule seulement	397,00	6
02499	par allogreffe au fémur distal	768,00	10
02442	par allogreffe au tibia proximal	847,00	10
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	990,00	15

		R = 1	R = 2
	Arthroscopie		
02577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28)	170,50	4
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28): méniscectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	225,50	4
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
	Arthrotomie ou capsulotomie		
02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	265,00	5
	Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse		
02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	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).*		
09539	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
09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	300,00	4
	Excision		
02165	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
	Fracture rotule		
09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	397,00	4
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	342,00	5

		R = 1	R = 2
	Greffe ostéochondrale		
02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche.	350,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.		
	Luxation		
	genou		
02737	réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	199,00	5
	rotule		
02749	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	331,00	5
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant.	396,00	7
	Réparation et reconstruction ligamentaire		
18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	360,00	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
	Reconstruction du ligament, toute technique		
18020	croisé antérieur	463,00	8
18021	croisé postérieur	636,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	936,00	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	250,00	3
18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	130,00	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	397,00	6
18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	150,00	3
18028	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	55,00	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	170,50	2
18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	3
	NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		

		R = 1	R = 2
	Suture		
02822	un ménisque, toute voie d'approche	342,00	6
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	58,00	1
	tendon		
02059	quadriceps	397,00	5
02061	rotuléen	397,00	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	100,00	1
	Divers		
02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	397,00	6
02473	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		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	635,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un niveau	953,00	12
02388	deux niveaux	1 059,00	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
	fasciectomie préalable à allongement		
02485	1 compartiment	265,00	5
02486	2 compartiments ou plus	300,00	6
	Amputation		
02292	amputation à la jambe (B.K.)	397,00	5
	Biopsie		
02864	à l'aiguille	110,00	4
02865	ouverte	199,00	5
	Décompression - dénervation		
	fasciotomie tibiale		
02046	1 compartiment	199,00	5
02047	2 compartiments ou plus	265,00	5
	Épiphysiodèse du tibia		
02951	par greffe (Phemister)	397,00	4
02954	par crampon	331,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision		
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	530,00	7
02867	résection extensive et reconstruction	1 080,00	12
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	199,00	5
02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	463,00	6
02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	817,00	15
02870	tumeur maligne	530,00	6
02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	10
02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 192,00	18
02597	avec prothèse totale, supplément	225,50	4
	Exérèse		
02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) *(*)*	110,00	5
02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné (PG-28) *(*)*	132,00	5
02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	132,00	5
02873	plaque plus vis - tibia et péroné	265,00	5
	Fractures		
	péroné seul		
02705	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
02725	réduction ouverte	199,00	4
	tibia (avec ou sans péroné)		
02694	réduction fermée (PG-28)	120,00	5
	réduction ouverte		
02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	463,00	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	463,00	6
09592	verrouillage distal, supplément	115,50	2
02721	épiphyse proximale plateau (1 ou 2)	463,00	6
02743	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).*

		R = 1	R = 2
	Greffe osseuse		
02874	pour pseudarthrose congénitale	742,00	8
02413	simple tibia et/ou péroné	397,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné	480,00	6
	Incision et drainage		
02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	265,00	5
02876	forage ou fenestration de la corticale	265,00	5
02877	saucérisation (mise à plat)	265,00	5
02878	séquestrectomie avec ou sans greffe	265,00	5
	Ostéotomie		
02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	530,00	7
02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	420,00	6
02030	du péroné	132,00	5
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	636,00	10
	CHEVILLE		
	Amputation		
02291	type Syme	463,00	5
	Arthrodèse		
02944	pan-arthrodèse	636,00	10
02938	tibio-tarsienne	530,00	6
	Arthrolyse		
02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	953,00	12
	Arthroplastie		
02420	simple de la cheville	276,00	5
02408	totale de la cheville (prothèse)	672,00	8

		R = 1	R = 2
	Arthroscopie		
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	115,50	4
02552	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
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02880	avec ostéotomie malléolaire	331,00	7
02057	simple de cheville	265,00	4
02882	avec arthrite septique	331,00	5
	Décompression - dénervation		
02883	décompression - sinus du tarse	120,00	5
02884	décompression - tunnel tarsien	132,00	5
02885	neurectomie cheville	171,00	4
	Exérèse		
09541	de prothèse totale de cheville	199,00	5
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	uni-malléolaire *(*)*	110,00	5
02306	bi ou tri-malléolaire *(*)*	132,00	5
	Fracture		
	uni, bi, tri-malléolaire		
02708	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
	AVIS : *En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.*		
	réduction ouverte		
02727	uni-malléolaire.	265,00	5
09542	bi-malléolaire	397,00	6
02886	tri-malléolaire	463,00	6
02887	malléolaire avec déchirure ligamentaire	397,00	5
	Luxation		
02751	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
02888	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).*

		R = 1	R = 2
	Manipulation		
02851	cheville	110,00	4
	Reconstruction - réparation		
02161	reconstruction ligamentaire	331,00	5
02199	réparation ligamentaire (immédiate)	265,00	5
	réparation tendon d'Achille		
02441	immédiate	331,00	5
02889	tardive	397,00	4
	Synovectomie		
09543	cheville	331,00	5
	Ténotomie (tendon d'Achille)		
02075	fermée	110,00	4
02080	ouverte	132,00	4
	Transposition tendineuse		
09544	une	331,00	5
09545	deux ou plusieurs	463,00	6
	PIED		
	Allongement (incluant l'ostéotomie)		
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	742,00	7
	Amputation		
02267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne (PG-28)	331,00	5
02287	un métatarsien en rayon	105,00	5
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied *(*)*	21,00	
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	110,00	5
	chaque orteil additionnel *(*)*	26,00	
	Arthrodèse		
02943	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	530,00	6
02949	articulation de Lisfranc	265,00	5
02946	articulation métatarso-phalangienne	265,00	5
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil	110,00	4
	chaque orteil additionnel *(*)*	30,00	

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
	Arthrolyse		
02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	742,00	6
	Arthroscopie		
09500	pied (PG-28).	105,00	5
	Arthrotomie		
	Arthrotomie incluant, le cas échéant : la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite	110,00	5
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite	225,50	5
09501	pour arthrite septique.	199,00	5
	Biopsie		
09502	à l'aiguille ou au trocart	110,00	4
02247	ouverte (PG-28)	155,00	5
	Excision		
02244	complète d'astragale ou de calcanéum	310,00	8
02241	barre tarsienne.	331,00	5
02234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant (PG-28)	199,00	5
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire	132,00	5
02242	tête métatarsienne (PG-28)	115,50	5
	chaque additionnelle pour le même pied	23,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*		
02245	os sésamoïde.	132,00	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
09505	sans greffe (PG-28)	199,00	5
09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	331,00	6
	os mineurs		
09507	sans greffe (PG-28)	132,00	5
09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	265,00	5
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
09509	sans greffe	255,00	7
09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
	os mineurs		
09511	sans greffe	180,00	5
09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	240,00	4

		R = 1	R = 2
	Exérèse		
09513	prothèse	132,00	5
09514	vis, broche, fils, clou, plaque (PG-28)	110,00	4
	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).*		
	Greffe		
09515	calcanéum ou astragale	331,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
09516	os mineur	199,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Fracture		
	calcanéum ou astragale		
02710	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	110,00	4
02744	réduction fermée avec embrochage percutané	331,00	6
02730	réduction ouverte	463,00	5
02734	arthrodèse primaire	463,00	6
	tarse (astragale et calcanéum exceptés)		
	un ou plusieurs		
02709	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
02729	réduction ouverte	331,00	6
	métatarsien		
02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	110,00	4
02691	réduction fermée avec embrochage percutané	110,00	4
	chaque métatarsien additionnel *(*)*	30,00	
	réduction ouverte		
02731	un	132,00	5
02732	plusieurs au même pied	331,00	4
	phalange		
02712	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied *(*)*	22,00	
02692	réduction fermée avec embrochage percutané	110,00	4
	chaque orteil additionnel pour le même pied *(*)*	30,00	
02733	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
	Incision - drainage		
09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	5
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	110,00	5
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28)	199,00	5
	Luxation		
	tarse		
02752	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
02765	réduction fermée et fixation percutanée	199,00	5
02764	réduction ouverte	255,00	5
	métatarso-phalangienne		
02754	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied	22,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*		
02766	réduction ouverte	132,00	5
	interphalangienne		
02756	réduction fermée (PG-28)	110,00	4
	chaque additionnelle pour le même pied	22,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*		
02767	réduction ouverte	113,00	5
	Manipulation		
09532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	110,00	4
	Ostéotomie		
02060	calcanéum, astragale ou tarse	265,00	6
09524	métatarse	132,00	5
09563	phalange (PG-28)	132,00	5
	Reconstruction		
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
09528	un	132,00	5
09529	plusieurs	463,00	6
02049	syndactylie pour orteil	116,00	5
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
09564	un	115,50	5
	chaque orteil additionnel du même pied	23,00	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.*		

		R = 1	R = 2
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
09530	un	331,00	5
09531	plusieurs	463,00	6
02436	ténodèse, pied	265,00	4
	1re articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
09593	sans ostéotomie	199,00	5
02069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne	225,50	5
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
09595	hémi-arthroplastie	199,00	5
09596	arthroplastie totale	265,00	5
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant	280,50	5
02529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	132,00	5
02550	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	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.*		
02422	pour chevauchement du 5e orteil, toute technique	132,00	5
	pied bot ou astragale vertical		
02553	allongement ouvert du tendon d'Achille	115,50	5
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	341,00	6
02556	relâchement antérieur	341,00	6
02557	relâchement plantaire extensif	341,00	6
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	396,00	7
02560	relâchement postéro-médian	632,50	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	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
	Synovectomie		
02248	orteil	132,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	Ténotomie		
	fermée		
02071	un orteil	40,00	4
02072	plusieurs orteils	110,00	4
02073	fascia plantaire (Steindler)	110,00	4
	sous vision directe		
02076	un orteil	132,00	4
02077	plusieurs orteils	155,00	4
02078	fascia plantaire (Steindler)	132,00	4
	BOURSE SÉREUSE		
	Drainage		
02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	132,00	5
	Excision		
02212	bourse calcanéenne (talon)	132,00	4
02236	bourse olécrânienne (PG-28)	132,00	4
02235	bourse huméro-radiale	120,00	4
02256	bourse malléolaire, pré-rotulienne, pré-tibiale	110,00	4
02255	bourse péritrochantérienne	110,00	4
02233	bourse sous-deltoïdienne	132,00	4
09534	bourse ischiatique	180,00	4
	Incision - exérèse		
02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	132,00	5
	MUSCLES		
	Allongement		
09535	allongement musculaire (PG-28)	265,00	4
	Exérèse		
	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale		
02190	simple	110,00	5
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	240,00	5
	Excision		
09536	raccourcissement musculaire	180,00	5
02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	199,00	5
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	331,00	6

		R = 1	R = 2
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	240,00	6
02023	section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congénital)	240,00	5
	tumeur		
02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	199,00	4
02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	180,00	4
02153	excision tumeur maligne (PG-28)	397,00	5
02154	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

02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale)	255,00	7
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire PG-28)	155,00	5
02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral	495,00	10

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS

Excision

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une (PG-28)	132,00	5
02202	plusieurs (PG-28)	205,00	5
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28)	105,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	199,00	4
02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	105,00	4
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	240,00	5

Incision et exérèse

02014	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.		
02015	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.		

		R = 1	R = 2
09597	Tenolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28).	280,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02327	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		
	ténorraphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
02396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28)*(*)*	137,50	5
	maximum	412,50	
02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28)*(*)*		
	réparation immédiate ou tardive	210,00	5
	maximum	630,00	
02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
	un tendon (PG-28)*(*)*.	198,00	5
	maximum.	792,00	
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	255,00	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)*(*)*.	396,00	6
	maximum.	792,00	
	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
02896	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.*

		R = 1	R = 2
	Transplantation		
02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation	250,00	6
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	480,00	8

DIVERS

AVIS : *Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.*

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	132,00	4
02489	percutanés	107,40	4
02490	internes	171,00	5
02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	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.		
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	5
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) ***(*)***	25,00	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs	132,00	5
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) ***(*)***	110,00	5
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	13,00	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur	132,00	5
09546	os mineur	120,00	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	132,00	5
02303	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).*

		R = 1	R = 2
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	132,00	
02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral	199,00	6
02957	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 02423 à 02431 et 02530 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.*

02430	astragale	199,00	
02423	bassin	397,00	
02431	calcanéum	110,00	
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	331,00	
02428	humérus	265,00	
02530	peau	300,00	
02429	radius ou cubitus	240,00	
02427	tibia	265,00	

		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		
02355	avant-bras	1 400,00	18
02356	bras	1 400,00	18
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-28)	1 000,00	18
02357	épaule	1 800,00	18
02354	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
	Assistance opératoire :		
18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins . . .	650,00	
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total .	750,00	
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total .	900,00	
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 100,00	
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00	
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . . .	1 650,00	

NOTE : Les 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 COMPLÉ-MENTAIRES.*

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	Microanastomose (grossissement 5X et plus) :		
02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	500,00	10
02394	Greffe d'une artère ou d'une veine microanastomosée . .	900,00	15
02180	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		
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 540,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	1 760,00	18
02192	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

SYSTÈME RESPIRATOIRE **H-2**

Nez **H-2**
Nasopharynx **H-4**
Sinus **H-4**
Larynx **H-5**
Trachée **H-7**
Bronches **H-8**
Médiastin **H-8**
Poumons et plèvre **H-8**

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

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.*

NEZ

Incision

		R = 1	R = 2
	Abcès ou hématome de la cloison :		
03000	drainage	23,10	4
03003	drainage avec implantation immédiate de substance	105,40	5
03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	96,80	5

Excision

	Polypectomie nasale :		
03160	unique (PG-28)	30,00	4
03172	multiple (PG-28)	45,00	4
03173	multiple bilatérale (PG-28)	86,00	4
03161	polype des choanes	45,00	4
03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	145,00	5
	Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)		
03202	sous anesthésie locale	21,50	
03203	sous anesthésie générale	91,40	4
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément	30,10	
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :		
03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (PG-28)	119,00	4
03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	140,00	4
03239	Amputation nasale	290,00	4

Réparation

03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	21,50	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.		
03320	Septodermoplastie (PG-28)	194,00	4
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28)	194,00	5
03343	Cure de sténose de valves nasales	C.S.	4

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Cure de perforation de la cloison		
03318	sans greffon	242,00	4
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	484,00	8
03367	Mise en place d'un bouton de silastic	64,50	5
	Septorhinoplastie :		
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies		
03308	par voie endonasale (PG-28)	247,00	5
03309	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	301,00	5
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
03225	par voie endonasale (PG-28)	349,00	5
03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	403,00	8
03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	145,00	5
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou post-chirurgicale (PG-28)	360,00	6
03327	Greffe composée	150,00	6
03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	200,00	6
03329	Correction plastique d'un rhinophyma	C.S.	6

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	5
03331	par greffe autogène	200,00	5
	Atrésie d'une choane :		
03340	approche nasale antérieure sous microscope	242,00	12
03341	ponction et insertion de tube	64,50	12
03342	approche par voie transpalatine	339,00	12
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	48,40	4

Manipulation

	Épistaxis :		
03804	cautérisation de la cloison, unilatérale	8,60	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	25,80	4
	tamponnement nasal		
03809	antérieur et postérieur	32,30	4
03807	tube gonflable	64,50	4
03808	par mèche et tampon rhinopharyngé	96,80	5
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	145,00	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	269,00	8

Corps étranger

	Extraction de corps étranger du nez :		
03002	par rhinotomie	35,50	4
03194	par rhinoscopie	21,50	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	48,40	4

		R = 1	R = 2
	NASOPHARYNX		
	Excision		
	Exérèse de tumeur :		
03165	par voie intranasale	96,80	5
03166	par voie transpalatine	242,00	6
03167	par voie nasopharyngée	145,00	5
03168	par voie cervicale *(*)*	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur :		
03158	bénigne	96,80	5
03159	maligne	215,00	4
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane *(*)*	C.S.	4
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome *(*)*	C.S.	8
	Réparation		
03337	Réparation de fistule oro-nasale	64,50	4
03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale	150,00	4
03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	473,00	8
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	96,80	
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx	48,40	4
	SINUS		
	Incision		
03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	108,00	5
03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	145,00	5
03005	Sinusotomie sphénoïdale	108,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube)	60,00	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	100,00	5
	Excision		
	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) :		
03105	unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (PG-28)	188,00	5
03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28)	172,00	4
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	344,00	6

AVIS : *(*) Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
03110	antérieure unilatérale (PG-28)	140,00	5
03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	161,00	5
03112	avec sphénoïdotomie (PG-28)	194,00	5
03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	237,00	5
03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	258,00	5
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
03210	par voie intranasale	140,00	5
03211	par voie transpalatine	323,00	5
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	387,00	6
03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	441,00	10
	avec exentération de l'orbite :		
30237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	441,00	10
03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	548,00	12
03246	Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale	269,00	6
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie trans-antrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	339,00	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	320,00	7
03249	section de V2	339,00	6
03250	biopsie	339,00	6
03109	Neurectomie vidienne par voie trans-antrale	320,00	6

Réparation

03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	269,00	5
03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou lambeau incluant la sinusectomie frontale et l'installation de la prothèse (PG-28)	366,00	8
03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR)	269,00	15
03375	au cours d'une autre intervention, supplément	108,00	

LARYNX

Incision

03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	339,00	6
	Thyrotomie :		
03018	pour sténose laryngée	C.S.	6

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Introduction		
	Laryngoscopie incluant la biopsie :		
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
03039	directe (PG-23)	117,00	5
03040	à suspension (PG-23)	140,00	5
03041	au microscope (PG-23)	150,00	5
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
03042	directe (PG-23)	140,00	5
03043	à suspension (PG-23)	167,00	5
03044	au microscope (PG-23)	175,00	5
03045	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (PG-23)	180,00	5
03046	microchirurgie sous-glottique au laser	269,00	6
	Excision		
	Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant		
03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	511,00	8
03115	sus-glottique	618,00	10
03220	totale	591,00	13
03221	totale et thyroïdectomie totale	779,00	15
03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	699,00	15
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie :		
03241	par voie endolaryngée	242,00	4
03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	270,00	4
03242	par voie externe	290,00	5
03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	538,00	6
03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	504,00	6
	Pharyngo-laryngectomie :		
03227	totale	672,00	12
03228	totale et thyroïdectomie totale	860,00	18
03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	779,00	18
	Réparation		
03349	Laryngoplastie *(*)*	C.S.	8
03363	Cure de laryngocèle *(*)*	C.S.	8
03366	Exérèse de quille de silastic intra-laryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	194,00	5
03364	Fistulisation externe post-laryngectomie pour réhabilitation *(*)*	C.S.	6
03334	Réinervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8

AVIS : *(*) Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	TRACHÉE		
	Incision		
03019	Trachéotomie (PG-28)	129,00	7
03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	64,50	
03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	140,00	5
	Excision		
	Résection trachéale avec reconstruction		
03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	826,00	10
03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 161,00	12
03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 143,00	12
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15
	Réparation		
	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
03315	par excision de tissu cicatriciel	108,00	5
03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	161,00	5
03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	194,00	5
	Fermeture de fistule :		
03351	trachéale post-traumatique	258,00	5
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	722,00	12
03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	258,00	5
	Trachéoplastie :		
03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	516,00	8
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	914,00	12
	Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique):		
03353	cervicale	452,00	10
03355	au niveau thoracique	672,00	12
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	929,00	15

		R = 1	R = 2
	BRONCHES		
	Réparation		
	Bronchoplastie :		
03357	correction de sténose et anastomose	896,00	12
	Fistule broncho-pleurale		
03372	fermeture simple par thoracotomie	609,00	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	784,00	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	609,00	12

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

	MÉDIASTIN		
	Incision		
	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
03035	voie cervicale	240,00	5
03036	voie thoracique	280,00	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	350,00	12
	Excision		
03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	633,60	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	711,00	12
03240	Thymectomie	711,00	10
	Réparation		
03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	619,00	8
	POUMONS ET PLÈVRE		
	Incision		
03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	180,00	8
	Thoracotomie :		
03026	pour contrôle d'hémorragie	330,00	12
03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger	330,00	12
03120	exploratrice avec biopsie	300,00	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	385,00	12
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	429,00	10
03017	pleurectomie partielle, supplément	28,00	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardio-respiratoire	116,00	10

		R = 1	R = 2
03031	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	609,00	12
	Excision		
03122	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	300,00	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément	50,00	
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire	711,00	12
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	672,00	12
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	200,00	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	127,00	
03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	127,00	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	190,00	
03129	avec bronchoplastie, supplément	127,00	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	23,10	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	190,00	
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	770,00	15
	Pneumonectomie simple		
03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	864,00	12
03134	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	63,00	
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	63,00	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	190,00	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	264,00	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	813,00	12
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	635,00	12
03139	Lobectomie, réintervention plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	180,00	
03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	330,00	10
03252	réintervention plus de 30 jours après, supplément	111,00	
	Réparation		
03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	12

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Collapsothérapie		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
03374	minimum de trois côtes	212,00	6
	chaque côte additionnelle	63,60	
	AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de côtes dans la case UNITÉS.*		
03311	deuxième stade	129,00	5
03312	troisième stade	127,00	5
	Pneumolyse :		
03313	intrapleurale	120,00	4
03314	extrapleurale	180,00	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

INDEX

Page

SYSTÈME CARDIAQUE **J-2**

Actes généraux..... **J-2**
Coeur et péricarde..... **J-4**
Chirurgie coronarienne..... **J-7**
Stimulateur cardiaque..... **J-7**
Chirurgie de l'arythmie..... **J-8**
Appareil vasculaire **J-8**
thoracique **J-8**
non thoracique **J-11**
Veines, varices et ulcères variqueux..... **J-15**

		R = 1	R = 2

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : *Voir la Règle d'application no 7.*
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.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes: Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Stimulateur cardiaque, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

ACTES GÉNÉRAUX

04505	Fermeture de déhiscence du sternum (PG-23)	291,00	9
	par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
04525	un lambeau (PG-23)	600,00	12
04531	deux lambeaux (PG-23)	925,00	12
04507	Débridement de plaie sternale sous anesthésie générale incluant la résection osseuse et/ou cartilagineuse (PG-23)	265,00	9

Circulation assistée

	Assistance circulatoire prolongée par circulation extracorporelle		
04508	installation par canulation périphérique (PG-23)	484,00	18
04517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	968,00	18
04509	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	191,00	
04510	exérèse (PG-23)	448,00	10
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
04511	installation	4 479,00	18
04512	surveillance, par jour, par patient	191,00	
04513	exérèse	896,00	18

		R = 1	R = 2
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (PG-23)	262,00	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé, de type « Cell Saver » A8-1 (PG-23) NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).	70,00	
	Hypothermie		
04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	242,00	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	121,00	
	Divers		
04565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concommitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 300,00 $		
04566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intra-thoracique, supplément (PG-23)	320,00	
	Transplantation		
04574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23)	650,00	12

AVIS : *Ce service est payable par la Régie même si le donneur n'est pas un Québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.*

Si le receveur est identifiable, inscrire son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire la lettre « A » dans la case C.S..

		R = 1	R = 2
	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche		
04523	un (PG-23)	448,00	
04524	deux (PG-23)	512,00	

AVIS : *Les codes d'acte 04523 et 04524 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.

04530	Transplantation pulmonaire « C » (PG-23)	2 500,00	18
04528	Transplantation cardiaque « C » (PG-23)	2 500,00	18
04529	Transplantation coeur-poumons « C » (PG-23)	4 300,00	18

COEUR ET PÉRICARDE

Incision

04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (PG-23)	328,00	18
04533	Réexploration médiastinale pour saignement, tamponnade ou arrêt cardiaque« C » (PG-23)	320,00	10

Excision

04536	Biopsie cardiaque ouverte (toute technique) (PG-23)	275,00	10
04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	896,00	18
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	1 024,00	18
	Péricardectomie :		
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)	1 000,00	12
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (PG-23)	296,00	10

Réparation

	Valvule aortique :		
04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (PG-23)	983,00	18
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.		
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 024,00	18
04544	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 152,00	18

		R = 1	R = 2
04546	Remplacement par technique de Ross (sans autre intervention vasculaire) « C » (PG-23)	2 463,00	18
04547	Procédure de Konno « C » (PG-23)	2 240,00	18
04548	Procédure de Bentall-Konno ou de Ross-Konno « C » (PG-23)	3 199,00	18
	Valvule mitrale :		
04550	Commissurotomie (PG-23)	768,00	18
04551	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 024,00	18
04554	Annuloplastie (PG-23)	1 024,00	18
04555	Valvuloplastie mitrale incluant, l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages (toute technique) (PG-23)	1 280,00	18
04553	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 280,00	18
	Valvule tricuspidienne :		
	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance		
04556	Commissurotomie (PG-23)	512,00	15
04557	Remplacement (PG-23)	667,00	15
04558	Valvuloplastie et annuloplastie (PG-23)	667,00	18
04559	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (PG-23)	315,00	
	Valvule pulmonaire :		
04561	Valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (PG-23)	768,00	18
04562	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 024,00	18
04563	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 152,00	18
	Exérèse de prothèse valvulaire ou homogreffe, supplément		
04520	une (PG-23)	302,00	
04521	deux (PG-23)	453,00	
	Oreillettes :		
04567	création de communication interauriculaire ou fénestration « C » (PG-23)	665,00	12
04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (PG-23)	860,00	18
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (PG-23)	1 728,00	18
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV, plastie tricuspidienne, CIA secundum) (PG-23)	2 303,00	18
04571	réparation d'une communication interauriculaire de type sinus venosus « C » (PG-23)	983,00	18
04572	atrioseptopexie pour cor triatriatum ou transposition des vaisseaux de la base ou oreillette commune (PG-23)	1 919,00	8
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	2 559,00	18

		R = 1	R = 2
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 280,00	18
04577	multiple (PG-23)	1 919,00	18
04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (PG-23)	1 024,00	18
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	1 919,00	18
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 $ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	AVIS : *Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code d'acte 04579. La valeur monétaire sera ajustée par la Régie en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.*		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	1 919,00	18
04582	réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 024,00	18
04583	réparation de sténose de l'infundibulum gauche (PG-23)	1 280,00	18
04584	réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	1 919,00	18
04585	réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	640,00	18
04586	cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	700,00	18
04587	réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 210,00	18
	Cardiorraphie :		
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (PG-23)	640,00	12
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		6
04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	3 839,00	18
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 200,00	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	3 199,00	18

		R = 1	R = 2
	CHIRURGIE CORONARIENNE		
	Réparation		
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04601	unique (toute technique) (PG-23)	832,00	18
04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 024,00	18
04603	trois (toute technique)	1 217,00	18
04604	quatre (toute technique)	1 283,00	18
04605	cinq (toute technique)	1 344,00	18
04606	six et plus (toute technique)	1 471,00	18
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
04607	un greffon (toute technique), supplément (PG-23)	96,00	
04611	deux greffons (toute technique), supplément (PG-23)	128,00	
04612	trois greffons ou plus (toute technique), supplément	160,00	
04608	Chirurgie coronarienne à coeur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément	262,00	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 815,00	18
	STIMULATEUR CARDIAQUE		
	AVIS : *Voir la Lettre d'entente n° 60 .*		
	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
04825	une électrode (PG-23)	250,00	7
04826	deux électrodes (PG-23)	315,00	7
04827	par voie thoracique, supplément (PG-23)	100,00	1
04829	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	150,00	6
	Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s)		
	par voie fermée (endovasculaire)		
04834	une électrode (PG-23)	106,00	6
04535	électrodes supplémentaires, par électrode (PG-23)	100,00	
	AVIS : *Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS et le nombre total d'électrodes enlevées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*		
04541	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	50,00	
04549	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	450,00	8
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
04839	aucune électrode réimplantée (PG-23)	210,00	7
04840	une électrode (PG-23)	368,00	8

		R = 1	R = 2
04841	deux électrodes (PG-23)	423,00	8
	Remplacement de générateur		
04842	du cardiostimulateur (PG-23)	106,00	6
04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardio-version et la réanimation par le chirurgien (PG-23)	315,00	8

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opé-ratoire (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiotomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)	640,00	15
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23)	529,00	15
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions radiofréquence ou autre	800,00	

APPAREIL VASCULAIRE

THORACIQUE

Chirurgie congénitale

04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)	1 280,00	12
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant la correction de la coarctation de l'aorte, ligature du canal artériel et la fermeture de CIA ou de CIV ou la réparation d'une sténose sous-aortique « C » (PG-23)	3 000,00	12
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	768,00	12
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	726,00	12
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	768,00	12
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (PG-23)	896,00	12
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	1 210,00	12
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (PG-23)	1 301,00	18
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C »(PG-23)	1 800,00	18
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23)	907,00	18
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23)	1 814,00	18
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 814,00	18
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	640,00	15

		R = 1	R = 2
	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire		
04629	unilatérale « C » (PG-23)	1 814,00	18
04635	bilatérale « C » (PG-23)	2 721,00	18
04636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base, supplément (PG-23)	907,00	
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (PG-23)	384,00	10
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)	768,00	10

Chirurgie de l'aorte

04687 Lors d'une chirurgie de l'aorte, les cas suivants donnent droit à un supplément de 200 $: anévrisme disséquant ou rompu, dissection aortique, canulation axillaire et dérivation autre que CEC.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la condition spécifique qui permet de facturer ce supplément.*

04645	Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 210,00	18
04592	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique avec réimplantation des coronaires (procédure de Bentall, de Cabrol ou de boutons de Carrel) ou valvuloplastie aortique avec réimplantation des coronaires (technique de David ou Yacoub) (PG-23) «C»	2 175,00	18

NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte 04592 et 04645.

	Valvule mitrale :		
04847	commissurotomie, supplément (PG-23)	363,00	
04848	remplacement par prothèse valvulaire (toute technique), supplément (PG-23)	512,00	
04849	valvuloplastie mitrale incluant, l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection (toute technique), supplément (PG-23)	640,00	
04850	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (toute technique), supplément	605,00	
	Valvule tricuspidienne :		
04854	commissurotomie (toute technique), supplément (PG-23)	242,00	
04855	remplacement (toute technique), supplément (PG-23)	333,00	
04856	valvuloplastie et annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	333,00	
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04860	unique (toute technique),supplément (PG-23)	416,00	
04861	deux (toute technique), supplément	512,00	
04862	trois (toute technique), supplément	608,00	

		R = 1	R = 2
04863	quatre (toute technique), supplément	640,00	
04864	cinq (toute technique), supplément	635,00	
04865	six et plus (toute technique), supplément	695,00	
04595	Remplacement en continuité d'une hémi-crosse aortique, (hémi-arch) par languette de greffon (toute technique), supplément (PG-23)	320,00	
04596	Remplacement en continuité de la crosse aortique avec collerette pour les vaisseaux de la base incluant la technique « elephant trunk » (toute technique), supplément	640,00	
	NOTE : Un seul des deux suppléments ci-dessus peut s'ajouter à un remplacement de l'aorte ascendante.		
04647	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)	1 919,00	18
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
04648	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales (toute technique)	1 535,00	18
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
04650	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 693,00	18
04651	avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique), supplément	384,00	
04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	726,00	
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
	Autres chirurgies		
04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant.	2 056,00	18
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 000,00	
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	741,00	15
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
04657	suture simple	525,00	12
04658	par angioplastie ou pontage	794,00	15

		R = 1	R = 2
	NON THORACIQUE		
	AVIS : *Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*		
04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	90,00	2
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	200,00	4
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte . . .	300,00	10
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément . .	75,00	
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main . . .	360,00	4
	Réparation d'anévrisme		
04667	d'une artère périphérique	480,00	8
	NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	79,20	4
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	330,00	4
04670	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément. .	C.S.	
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
04671	faux anévrisme, supplément.	72,00	
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien.	619,00	8
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
04677	aorte.	635,00	15
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale.	869,00	15
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 012,00	15
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
04683	aorte, supplément	300,00	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	395,00	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	460,00	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément.	235,00	
04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse, supplément (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement). .	300,00	
	AVIS : *Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.*		
04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	220,00	

		R = 1	R = 2
	Perfusion régionale pour chimiothérapie		
04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	280,00	8
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale		
04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	660,00	15
04693	Aorto-aortique	896,00	15
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	784,00	15
04695	bilatéral	896,00	15
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	896,00	15
04697	bilatéral	1 008,00	15
04698	Ilio-fémoral	896,00	12
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	880,00	15
	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation		
04701	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	286,00	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	572,00	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	858,00	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	100,00	
	Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique		
04707	Fémoro-poplitée	480,00	12
04708	Fémorale commune	480,00	12
04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	480,00	12
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	672,00	12
	Pontage d'une artère périphérique		
	Fémoro-poplité :		
04713	prothèse synthétique	576,00	12
04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	784,00	12
	Fémoro-tibial ou péronier :		
04715	prothèse synthétique	576,00	12
04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	784,00	12

		R = 1	R = 2
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
04717	prothèse synthétique	560,00	12
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	726,00	12
04719	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier	792,00	12
04720	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier	1 265,00	15
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	924,00	12
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	110,00	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	672,00	12

Autres pontages

	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	672,00	12
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique)	711,00	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	784,00	12
04728	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature (toute technique) ***(*)***	C.S.	12
04729	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne (toute technique) ***(*)***	C.S.	8
	Pontage extra-anatomique :		
04732	axillo-fémoral	784,00	12
04733	fémoro-fémoral	672,00	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	711,00	12
04735	axillo-bi-fémoral	770,00	15
	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	100,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	35,00	

AVIS : *(*) Voir la règle 16 du préambule général*

		R = 1	R = 2
	Divers		
04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	300,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	50,00	
	Anastomose :		
04743	porto-cave	680,00	15
04744	spléno-rénale	720,00	18
04745	mésentérico-cave	960,00	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	125,00	
	Hémodialyse		
04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	300,00	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	200,00	10
	Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse		
04752	Thrombectomie par voie ouverte	165,00	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	300,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	220,00	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	110,00	6
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	110,00	
	Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie		
04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse	100,00	6
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus	150,00	6
04760	majeures	C.S.	12

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.

		R = 1	R = 2
	Réparation		
	Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :		
04762	suture simple	672,00	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	784,00	12
04764	pontage (prothèse) (toute technique)	530,00	12
04765	pontage par autogreffe veineuse (toute technique)	590,00	15
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	560,00	8
04770	pontage (prothèse)	480,00	10
04771	pontage par autogreffe veineuse	576,00	10
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
	au niveau de l'abdomen ou du cou		
04772	suture simple (toute technique)	555,00	12
04773	par angioplastie ou pontage	841,00	15
	au niveau des extrémités		
04774	suture simple	375,00	8
04775	par angioplastie ou pontage	825,00	12
------	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(Voir musculo-squelettique)	
------	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(Voir musculo-squelettique)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	420,00	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	190,00	5

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	90,00	5
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	90,00	5
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	240,00	5
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	300,00	5

		R = 1	R = 2
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	60,00	4
04787	deux incisions	74,00	4
04788	trois incisions ou plus	88,00	4
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4. L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service		
	AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*		
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision	14,00	
04791	deux incisions	28,00	
04792	trois incisions ou plus	42,00	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4.		
04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompétentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	300,00	5
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	4
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récidive de varices	120,00	5
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	100,00	5
04799	sous-aponévrotique	200,00	5

INDEX

Page

SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE..... **K-2**

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

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.*

Excision

		R = 1	R = 2
04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	129,00	5
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	120,00	5
04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	120,00	5
04160	Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui)	C.S.	5

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	560,00	8
04257	Splénectomie chez le cadavre	180,00	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	560,00	10
04166	suture (iatrogénique)	300,00	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	672,00	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	480,00	10
04236	Bouton osseux	37,00	4
	Évidement cervical :		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	645,00	10
04234	total	538,00	10
04242	bilatéral, toutes techniques	914,00	12
04238	sus-hyoïdien	242,00	7
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle	420,00	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux)	631,00	10
04240	région axillaire	300,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	200,00	6

		R = 1	R = 2
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	99,00	
04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 183,00	12
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(Voir peau-phanères)	
04245	profond	C.S.	6
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
	Multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire		
04231	chez le donneur	250,00	5
04237	par autogreffe	250,00	5
04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00	10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	300,00	8

INDEX

Page

SYSTÈME DIGESTIF **L-2**

Lèvres **L-2**
Bouche **L-2**
Dents et gencives **L-3**
Langue **L-4**
Palais et luette **L-5**
Amygdales et adénoïdes **L-6**
Pharynx **L-6**
Glandes salivaires **L-7**
Oesophage **L-7**
Estomac **L-9**
Intestin (à l'exception du rectum) **L-10**
Appendice **L-12**
Rectum **L-12**
Anus **L-14**
Foie **L-15**
Voies biliaires **L-15**
Pancréas **L-17**
Abdomen, péritoine et épiploon **L-17**

ANNEXE : Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie **L-20**

		R = 1	R = 2

L - SYSTÈME DIGESTIF

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.*

\+ NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « D » inclut toute autre intervention du présent onglet pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

LÈVRES

Excision

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	150,00	5
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	30,10	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	134,00	5

Réparation

	Fissure labiale :		
05320	unilatérale	360,00	8
05321	bilatérale en un temps	420,00	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	300,00	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément	125,00	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	125,00	
	Chirurgie itérative pour fissure labiale		
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	450,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	225,00	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	350,00	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie)	300,00	7

BOUCHE

Incision

05001	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet	96,80	4
05002	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet	140,00	4

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28)	43,00	4
05161	Excision de grenouillette	108,00	4

		R = 1	R = 2
	Excision de lésion maligne :		
05034	2 cm ou moins	86,00	4
05035	plus de 2 cm	129,00	4
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie.		
05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	591,00	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	50,00	

DENTS ET GENCIVES

Incision

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	25,80	5
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	28,00	5
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,40	5

Excision

05168	Kyste dentaire	96,80	5
	Alvéolectomie :		
05208	premier centimètre	48,40	5
	chaque centimètre additionnel	21,50	
	maximum	349,40	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*

05202	Gingivectomie *(*)*	C.S.	5

AVIS : *(*) Voir la règle 16 du préambule général.*

		R = 1	R = 2
	Extraction dentaire :		
05203	une dent	12,90	5
	chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire	6,45	

AVIS : *L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées agées de moins de 10 ans. Toutefois, ces services demeurent assurés sans égard à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires de la sécurité du revenu qui présentent un carnet de réclamation valide.*

Les services d'anesthésie-réanimation et de radiographie reliés à un service dentaire non assuré ne sont pas assurés, à l'exception des services d'anesthésie-réanimation reliés à un service dentaire rendu dans un centre hospitalier (réf. : Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22r et s).

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	24,00	5

LANGUE

AVIS : *La réparation de lacérations de la langue est payable sous le code d'acte 01316, 01317, 01323 ou 01325.*

Incision

	Libération du frein de la langue :		
05006	bénéficiaire de plus de 2 ans	25,80	4
05007	Abcès de la langue (traitement complet)	C.S.	4

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

Excision

	Excision de lésion bénigne de la langue		
05066	2 cm ou moins	43,00	4
05068	plus de 2 cm	86,00	4
	Excision de lésion maligne de la langue		
05069	2 cm ou moins	129,00	4
05070	plus de 2 cm ou glossectomie subtotale	183,00	6

		R = 1	R = 2
	PALAIS ET LUETTE		
	Incision		
05008	Abcès du palais	25,80	4
05009	Fénestration du palais pour radiothérapie	25,80	4
	Excision		
05120	Uvulectomie (excision de la luette)	25,80	4
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	194,00	5
	Réparation		
05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	450,00	12
05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée	300,00	6
	NOTE : Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement.		
	Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales		
	UPPP ou LAUP		
05131	première séance	280,00	6
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	43,00	
05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley	300,00	6
	NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.		
	AVIS : *Pour les codes d'acte 05131 et 05135, joindre le rapport polysomnographique.*		
05335	Fistule palatine	300,00	8
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur	650,00	9
	NOTE : La règle 7 de l'Addendum 5 - Appareil musculosquelettique ne s'applique pas à ce service médical.		

		R = 1	R = 2
	AMYGDALES ET ADENOÏDES		
	Incision		
05021	Abcès périamygdalien, ouverture	25,80	4
	Excision		
05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	96,80	5
05228	Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie)	108,00	4
05216	Adénoïdectomie	75,30	4
	Réparation		
	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhinopharyngé		
05491	sans anesthésie générale	43,00	
05492	sous anesthésie générale	96,80	6
	PHARYNX		
	Incision		
	Incision, drainage et soins d'abcès :		
05016	intra-oral	48,40	4
05017	parapharyngé	96,80	5
05018	rétropharyngé	96,80	4
05003	myotomie du cricopharyngé	290,00	5
	Excision		
05015	Exérèse apophyse styloïde	145,00	5
05126	Exérèse de fistule branchiale	242,00	5
05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	452,00	8
	NOTE : Ne peut s'ajouter aux services médicaux codes d'acte 03220, 03115, 05158 et 05159.		
05172	Exérèse de kyste branchial	242,00	5
05153	Exérèse de kyste ou sinus thyréoglosse récidivant ou non récidivant	242,00	5
05176	avec hyoïdectomie partielle	296,00	6
05178	Exérèse de sinus branchial	172,00	5
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	344,00	7
	Réparation		
05347	Suture d'une plaie du pharynx	96,80	5

		R = 1	R = 2
	GLANDES SALIVAIRES		
	Incision		
	Sialolithotomie :		
	par voie buccale :		
05085	1/3 antérieur du canal	45,00	4
05086	2/3 postérieur du canal	96,80	5
05087	par voie externe	96,80	5
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	48,40	4
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire	48,40	4
	Excision		
05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28)	48,40	4
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	242,00	5
05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28)	242,00	5
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	618,00	10
	Réparation		
05340	Réfection du canal (plastie)	194,00	4
05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	161,00	4
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	161,00	4
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
05031	unilatérale	242,00	5
05032	bilatérale	450,00	7
	Manipulation		
05801	Dilatation du canal	25,80	4
	OESOPHAGE		
	Incision		
+	Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant		
+05019	cervicale	278,00	5
+05020	thoracique	398,00	10
+05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	280,00	5

		R = 1	R = 2
	Excision		
+05128	Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker)	452,00	6
+05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	560,00	8
+05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	518,00	12
+05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	1 120,00	15
+	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant.		
+05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément.	105,00	
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 188,00	18
	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	1 008,00	18
05221	deuxième chirurgien	490,00	
+05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
+05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 120,00	15
	Réparation		
05348	Oesophagoplastie cervicale.	480,00	6
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie.	1 008,00	15
+	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant.		
+05285	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	105,00	
+05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller), toute voie d'approche	672,00	12
+05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	280,00	3
+05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé antireflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23).	698,00	12
+05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	150,00	3
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
05356	voie cervicale	480,00	7
+05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	672,00	12
+05332	avec procédure antireflux, supplément.	349,00	3
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
05359	voie cervicale	199,00	5
05360	voie thoracique.	784,00	10
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne (PG-23). . .	896,00	15

		R = 1	R = 2
	ESTOMAC		
	Incision		
05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	350,00	10
+05023	Gastrostomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23)	350,00	5
+05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	483,00	8
+05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	427,00	7
	Excision		
	Gastrectomie :		
+05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	798,00	10
+05226	totale incluant la vagotomie	855,00	12
+05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	200,00	3
+05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	150,00	
+05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
05132	résection en coin pour ulcère	490,00	6
	Réparation		
05363	Pyloroplastie (PG-23)	490,00	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie	560,00	7
+	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:		
05365	sans vagotomie	490,00	6
05366	avec vagotomie	560,00	7
+	Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:		
+05355	Gastroplastie de réduction	672,00	12
+05305	Gastroplastie prothétique ajustable	500,00	12
+05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	917,00	12
+05307	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
+05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	917,00	12
+05309	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
+05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	589,00	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	360,00	5
+05376	Gastrorraphie ou duodénorraphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie	360,00	10

		R = 1	R = 2
	INTESTIN (à l'exception du rectum)		
	Incision		
+05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	102,00	
+05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	420,00	6
+05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	210,00	
05029	Colostomie (PG-23)	420,00	6
+05038	au cours d'une autre intervention, supplément	210,00	
05030	Caecostomie	420,00	6
+05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	490,00	8
+05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	245,00	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	420,00	7
+05094	multiple (PG-23)	490,00	9
	Stricturoplastie pour maladie inflammatoire		
+05097	unique	490,00	9
+05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	150,00	
#	***AVIS :*** *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de stricturoplasties dans la case UNITÉS.*		
	Excision		
05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	420,00	7
+05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	210,00	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
+05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse	672,00	10
+05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse	784,00	10
+05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse	896,00	12
+	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
05233	un chirurgien	1 120,00	12
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal	896,00	12
05235	chirurgien périnéal	280,00	

		R = 1	R = 2
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	576,00	10
+05152	grêle au cours d'une autre intervention, supplément	288,00	
+05141	iléo-caecale (PG-23)	672,00	10
+05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique)	672,00	10
+05154	segment du côlon gauche ou transverse	672,00	10
05164	hémicolectomie gauche	672,00	10
+05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément	336,00	
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	896,00	12
+	colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
05279	un chirurgien	1 260,00	15
	deux chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	1 008,00	15
05281	chirurgien périnéal	280,00	
05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	1 008,00	15
05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	336,00	
	Réparation		
+	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
+05382	sus-fasciale	221,00	6
+05383	sous-fasciale	333,00	7
+05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	560,00	6
+05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	175,00	
+05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément	285,00	
+05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	300,00	7
+05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	80,00	
+05390	Fermeture d'entérostomie (grêle ou côlon) (PG-23)	420,00	8
+05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23)	210,00	
+05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale	420,00	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23)	480,00	15
	Manipulation		
05805	Réduction de prolapsus	36,00	
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	36,00	
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	44,00	

		R = 1	R = 2
	Occlusion intestinale :		
05384	sans résection	420,00	7
05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	420,00	7
+05386	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-entérostomie (PG-23)	582,00	10
+05361	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute technique) (PG-23)	576,00	15
05369	Lavage colique per-opératoire par incision entérique unique ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	60,00	

APPENDICE

Incision

05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23)	280,00	6
+	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec l'acte codé 05201.		

Excision

+05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23) « D »	280,00	5
+05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23)	210,00	

RECTUM

Incision

+05044	Ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale, de l'espace pelvirectal supérieur ou de la loge rétrorectale	140,00	4
+05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale	300,00	5
+	NOTE : Le service médical codé 05045 ne peut pas être utilisé lors d'une correction de fissure anale.		

Excision

+05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou villeuse du rectum	180,00	5
05182	Exérèse d'une tumeur villeuse du rectum par voie anale	210,00	5
+05183	Exérèse par voie anale d'une tumeur maligne du rectum	420,00	8
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	896,00	12
05250	Rectotomie postérieure Kraskee	490,00	7

		R = 1	R = 2
	Proctectomie :		
05240	résection antérieure	784,00	12
+05241	résection périnéale d'un rectum restant	592,00	10
+	résection abdomino-périnéale avec colostomie :		
05242	un chirurgien	1 008,00	14
	équipe de deux chirurgiens :		
05243	chirurgien abdominal	896,00	14
05244	chirurgien périnéal	210,00	
05253	Opération pour mégacôlon congénital toute technique (PG-23)	1 008,00	15
+05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	120,00	5
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	784,00	15
	Réparation		
+05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie	560,00	10
	Imperforation anale :		
05418	voie périnéale (PG-23)	490,00	15
05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	560,00	15
+05437	voies abdominale et périnéale (PG-23)	896,00	15
	Prolapsus rectal :		
+05404	excision de la muqueuse	180,00	5
+05408	par rectopexie sans résection	560,00	6
+05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant	784,00	12
+05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme)	490,00	7
	Suture du rectum (post-traumatique) :		
05410	approche extrapéritonéale	210,00	5
05411	approche intrapéritonéale	560,00	7
	Fermeture de fistule :		
+05412	entéro-vaginale non associée à une résection intestinale	319,00	6
+05413	entéro-vésicale « D »	560,00	6
	Manipulation		
+05803	Examen anorectal sous anesthésie générale ou régionale incluant, le cas échéant, dilatation, curetage, canulation, injection, biopsie ou cautérisation avec ou sans rectosigmoïdoscopie	120,00	5
+	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie anale.		

		R = 1	R = 2
	ANUS		
	Incision		
+05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un séton, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23)	157,70	5
+05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie	100,00	5
	Excision		
+05144	Excision locale ou fulguration ou cryochirurgie de lésions bénignes (simple ou multiple) incluant, le cas échéant, condylome, hémorroïde externe, hémorroïde thrombosée, marisque, papille et polype anal	86,00	4
05186	Excision locale pour lésion maligne	210,00	5
+	Hémorroïdectomie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, avec ou sans réparation de fissure :		
+05248	interne et externe incluant, le cas échéant, les languettes péri-anales, la dilatation anale, la sphinctérotomie interne, la cryptectomie, l'excision ou l'incision d'hémorroïdes thrombosées, la papillectomie et l'exérèse de prolapsus muqueux et de granulome	180,00	5
+05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale	140,00	5
05249	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron, et Al, avec ou sans anuscopie, par séance	74,00	4
+05247	si rectosigmoïdoscopie supplément	15,00	
	Réparation		
	Anoplastie :		
05421	pour sténose (PG-23)	280,00	15
05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	350,00	5
+05432	avec transplantation musculaire, supplément	100,00	1
05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	92,50	4

		R = 1	R = 2
	FOIE		
	Incision		
	Hépatotomie :		
05057	exploratrice	350,00	7
+05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste	490,00	7
	Excision		
	Hépatectomie :		
05145	excision locale de lésion	420,00	9
05146	lobaire (réglée) (PG-23)	1 260,00	18
+05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément	240,00	
05147	partielle (résection de foie)	672,00	12
+05148	Biopsie hépatique ou des voies biliaires incisionnelle ou à l'aiguille au cours d'une laparotomie ou laparoscopie, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	58,00	
05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofréquence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs)	500,00	10
05137	associée à une résection hépatique, supplément	250,00	
	Réparation		
+05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance	560,00	8
	Transplantation hépatique :		
	intervention chez le donneur :		
05429	hépatectomie totale	784,00	12
	intervention chez le receveur :		
05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	2 500,00	18
05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	880,00	
	VOIES BILIAIRES (avec ou sans cholangiographie peropératoire)		
	Incision		
+05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	350,00	7
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	672,00	10
+05419	Cholécysto-entérostomie	560,00	7

		R = 1	R = 2
	Excision		
05259	Excision de l'ampoule de Vater.	350,00	5
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	420,00	6
+05251	Dissection radicale du hile hépatique pour néoplasie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires proximales, c'est-à-dire au-dessus de la jonction cysto-cholédocienne, supplément.	200,00	3
	NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique et du tronc coeliaque ainsi que des ganglions des gouttières pancréaticoduodénales antérieure et postérieure.		
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements désignés par le ministre)	360,00	7
	AVIS : *Voir la liste en annexe à la fin du présent onglet.*		
+05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	560,00	7
+05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie	784,00	8
05277	Cholédochoscopie, supplément.	90,00	
	Réopération sur les voies biliaires :		
+05272	Cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires	672,00	8
+05273	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	784,00	8
05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu	896,00	10
05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG 23)	1 008,00	12
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	1 260,00	15
+05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-23)	1 120,00	15

		R = 1	R = 2
	PANCRÉAS		
	Incision		
05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	672,00	10
	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
05005	premier quart d'heure	55,00	8
	chaque quart d'heure additionnel	25,00	
	AVIS : *Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*		
	Excision		
	Pancréatectomie		
05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 008,00	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	1 260,00	18
05218	cholécystectomie, supplément	160,00	
05219	vagotomie, supplément	100,00	
05157	excision locale de lésion	490,00	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	784,00	12
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	1 260,00	15
05268	pancréatographie per-opératoire supplément	45,00	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	74,00	
	Réparation		
05445	Pancréatico-gastrostomie	672,00	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	672,00	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie	672,00	10
05448	Marsupialisation, pseudo-kyste du pancréas, drainage externe	420,00	9
	Intervention chez le donneur		
05424	prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	500,00	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots	150,00	10
	Intervention chez le receveur		
05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2000,00	18
	ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON		
	Incision		
+05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	140,00	5
05011	lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	66,00	2
	NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.		

		R = 1	R = 2
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	350,00	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	350,00	7
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	C.S.	4
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
+05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie générale ou régionale	102,00	4
	Sutures infectées		
+05195	sous anesthésie locale	85,00	
+05196	sous anesthésie générale ou régionale	140,00	5
+05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23)	381,00	8
+05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	140,00	5
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	140,00	4
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	360,00	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	185,00	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	240,00	6
	Excision		
05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine	550,00	11
+05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche	420,00	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	102,00	
+05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	120,00	4
05267	Omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers)	300,00	4
	Règle d'application : L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
	Réparation (toute voie d'approche)		
+	Herniorraphie inguinale ou fémorale :		
05455	simple, unilatérale (PG-23)	240,00	4
05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocèle (PG-23)	250,00	5
+	NOTE : Un seul des actes 05456, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		
05457	bilatérale, en un temps (PG-23)	350,00	6
+05470	Aboli par la Modification 40		

		R = 1	R = 2
+05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie. .	270,00	5
+05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure	264,00	5
+05462	Herniorraphie ombilicale	189,00	5
+	NOTE : Le service médical codé 5462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropérinéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
+05471	Cure de hernie épigastrique (PG-23)	185,00	5
05488	Cure de hernie de Spiegel.	280,00	5
+05469	Cure de hernie incisionnelle ou récidivante	342,00	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
05475	Réparation d'éventration postopératoire (PG-23)	350,00	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément.	110,00	
+	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 05469 ou 05475.		
+05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	200,00	6
+	Cure de hernie étranglée ou incarcérée :		
05459	sans résection intestinale	350,00	5
05460	avec résection intestinale	560,00	8
05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	490,00	15
+	Réparation avec sac de silon (omphalocèle ou gastroschisis) :		
05473	premier traitement (PG-23)	350,00	15
+05474	traitements subséquents (PG-23).	210,00	15
+	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
+05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale.	560,00	15
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23)	896,00	15
	Divers		
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	480,00	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	896,00	12
+05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	480,00	10

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie

Région 03 : Québec

Centre hospitalier universitaire de Québec :
- Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
- Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé Mc Gill :
- Hôpital Royal Victoria

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE **M-2**

Rein **M-2**
Rétropéritoine..... **M-4**
Uretère **M-4**
Vessie..... **M-7**
Urètre **M-9**

		R = 1	R = 2

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.*

06000	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

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	197,00	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans exérèse de calculs	631,00	10
06008	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
06011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5
06005	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
06006	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
06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	4
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 00373.		
06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	329,00	5

		R = 1	R = 2
	Excision		
06100	Biopsie du rein par voie ouverte	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
06101	partielle	841,00	8
06115	totale incluant l'urétérectomie subtotale	631,00	8
06200	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 04241 et 04248.		
06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	896,00	12
06217	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	385,00	6
06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	329,00	5
	Transplantation rénale :		
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	896,00	12
	équipe de 2 chirurgiens :		
06222	temps vasculaire	420,00	12
06223	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 :		
06213	chez le donneur vivant	610,00	10
06214	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.

		R = 1	R = 2
	Réparation		
06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	480,00	8
06322	Néphropexie	240,00	6
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	60,20	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8
	Suture		
06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	672,00	6
	RÉTROPÉRITOINE		
06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	672,00	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	420,00	6
	AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire.*		
	URETÈRE		
	Incision ou extraction		
06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle	181,00	4
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation urétro-vésicale ou urétéro-rénale.		
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	394,00	5
06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée), incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance	526,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06008, 06005, 06006 et 06029 dans une même séance.		

		R = 1	R = 2
06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations urétro-vésicales et urétéro-rénales	394,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.		
	Excision		
06109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	C.S.	4
	AVIS : *Voir la règle 16 du Préambule général.*		
06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06111	Traitement de tumeurs malignes 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 urétro-vésicales ou urétéro-rénales . . .	420,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06024 dans une même séance.		
	Réparation		
06330	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.		
06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique «Uretère» dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie, toute voie d'approche	631,00	7
06334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7
06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	6

		R = 1	R = 2
06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
06305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres)	946,00	8
06315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	329,00	8
06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	112,00	5
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	240,00	5
06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. Procédure de Mitrafanoff)	867,00	12
06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	526,00	8
	Suture		
06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte	460,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.		
06346	Reprise de conduit iléal	C.S.	7
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
06350	Opération de Boari	631,00	8

		R = 1	R = 2
	VESSIE		
	Incision		
06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-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.		
06013	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.		
	Cystostomie :		
06020	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.		
06023	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.		
06025	avec implantation de stimulateur électrique	460,00	4
06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	4
06018	Dénervation de la vessie par transsection.	350,00	7
06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5

		R = 1	R = 2
	Injections thérapeutiques		
06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage	180,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
	Excision		
06159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
	Cystectomie :		
06113	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6
06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
06205	totale ou cystoprostatectomie excluant évidement ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétrectomie chez la femme)	736,00	12
06002	cystoprostatectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétrectomie totale	1 880,00	18
06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétrectomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale.	1 880,00	18
06041	pour segment détubularisé (ex.: Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Camey et autres), supplément	240,00	
06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Studer et autres), supplément	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 6041, 6042, 6052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6002 et 6038.		
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	300,00	5
	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) :		
06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales	208,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale.		

		R = 1	R = 2
	Destruction		
06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	140,00	4
	Réparation		
06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	526,00	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	631,00	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire		
06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 183,00	12
06336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 314,00	16
06277	Valve de continence, supplément par valve	197,00	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les ré-anastomoses urétéro-intestinales		
06343	univalvulaire	631,00	15
06344	plurivalvulaire	672,00	15
06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	736,00	15
	Suture		
06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie	394,00	6
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	329,00	4
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie sus-pubienne	526,00	6
06403	par voie vaginale	460,00	5
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5
	URÈTRE		
	Incision		
06030	Urétrostomie externe antérieure	131,00	4
06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	197,00	5
06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Ouverture et drainage :		
06033	d'un abcès péri-urétral profond	197,00	5
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	263,00	5

		R = 1	R = 2
	Excision		
06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	4
06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme)	263,00	5
06211	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 urétro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	197,00	5
06215	Urétrectomie totale	280,00	6
06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	5
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
	Réparation		
06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	5
06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
	Urétrolyse post-urétropexie		
06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
06014	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 :		
06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	4
06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	4
06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	5
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	4
06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	5

		R = 1	R = 2
	Correction d'incontinence urinaire		
06373	par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales	181,00	4
06417	par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	631,00	10
06374	Tubularisation urétro-vésicale (Youg-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	263,00	4
06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon . .	197,00	4
06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	197,00	4
	Suture		
	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire :		
06366	pour rupture antérieure	197,00	4
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	6
06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau.	263,00	5
06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	4
06370	Fermeture de fistule urétro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	4
06371	Fermeture de fistule urétro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	480,00	6
06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	5
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	5
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur .	150,00	5
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	6
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres.	986,00	12
	avec abaissement vaginal :		
06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	329,00	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.		

INDEX

Page

APPAREIL GÉNITAL MÂLE..... **N-2**

Pénis..... **N-2**
Testicules **N-4**
Scrotum..... **N-4**
Canal déférent **N-5**
Cordon **N-5**
Vésicule séminale **N-5**
Prostate **N-5**

		R = 1	R = 2

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

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.*

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique «Pénis» peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	329,00	5
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	329,00	5
06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes.	460,00	6

Excision

06127	Circoncision pour pathologie du prépuce	119,00	4
	NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.		

AVIS : *La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte 06127 doit être inscrite dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et indiquer la lettre «A» dans la case CS.*

	Amputation :		
06119	partielle du pénis, incluant segment d'urètre	263,00	5
06218	complète du pénis incluant urétrostomie périnéale . . .	526,00	5
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	27,40	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	197,00	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes.	301,00	5

		R = 1	R = 2
	Réparation		
	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
06354	correction en un temps (toute technique)	197,00	4
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	394,00	6
06226	correction de chordée	263,00	5
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	360,00	5
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	736,00	12
06236	correction de chordée	329,00	4
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	460,00	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	964,00	15
06292	correction de chordée	361,00	5
06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	578,00	8
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées	631,00	6
06379	intervention additionnelle pour correction de fistule urétro-cutanée, une ou plusieurs	197,00	5
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
06229	sans désinsertion des corps caverneux	329,00	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans urétro-plastie	360,00	4
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	394,00	4
06432	pour épispadias 1er temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
06433	pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	4
06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1183,00	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par micro-chirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	493,00	10

		R = 1	R = 2
	TESTICULES		
	NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique «Testicules» peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
	Excision		
06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	197,00	5
06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	5
	NOTE : Si cure de hernie associée, voir le service médical codé 05468, système digestif (cas particulier : C.S.)		
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
	Réparation		
	NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec les services médicaux codés 05455 et 05456 lorsque effectués du même côté à la même séance.		
06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux.	301,00	4
06285	Orchidopexie.	329,00	4
06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans la même séance.		
06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	5
06388	Rupture du testicule (réparation)	197,00	5
	SCROTUM		
06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant	27,40	
	Incision		
06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal	197,00	4
06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épididymaire, unilatérale	132,00	4
	NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 05456 et 06389 lorsque effectué du même côté dans une même séance.		

		R = 1	R = 2
	Excision		
06106	Résection partielle du scrotum	197,00	5
06107	Résection totale ou complète du scrotum	263,00	6
	CANAL DÉFÉRENT		
	Excision		
06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4
	Réparation		
06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	100,00	4
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
06395	Vaso-vasostomie unilatérale	110,00	4
06444	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
	CORDON		
	Excision		
06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale	263,00	4
	VÉSICULE SÉMINALE		
	Excision		
06235	Vésiculectomie	576,00	5
	PROSTATE		
	NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Prostate » peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
	Incision		
06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	263,00	5
06055	Biopsie ouverte, voie périnéale	197,00	4
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	200,00	4
	Excision		
	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
06240	sus-pubienne (1 ou 2 temps)	394,00	5
06241	rétropubienne simple	394,00	5
06242	périnéale simple	330,00	6

		R = 1	R = 2
06243	rétropubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux uni ou bilatéral	922,00	10
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 04244 lors d'une même séance		
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire	736,00	7
06247	transurétrale incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales, la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne et la cystostomie	394,00	6
06239	par laser, électrocautérisation ou électrovaporisation, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne mais excluant les traitements par diathermie	363,00	6
06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	197,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne		
06060	réintervention après 1 an ou plus	394,00	6
06061	réintervention en moins d'un an	263,00	6
06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection transurétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	263,00	6
	Brachythérapie		
06053	Mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00	7

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - GYNÉCOLOGIE **P-2**

Vulve et orifice inférieur du vagin **P-5**
Vagin **P-5**
Trompes **P-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 06945 ou 06946, sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.*

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : *Voir le code d'acte 06919, 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 foetus, est payé comme suit :

a. On lui accorde un tarif de 320 $ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manoeuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

   AVIS : *La liste est publiée 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 manoeuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 06929 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 désencerclage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : *Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 06940 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.*

Dans les autres cas, on applique le tarif général des visites.

L'honoraire du médecin accoucheur est de 180 $, s'il ne fait pas l'accouchement ou la césarienne.

AVIS : *Voir le code d'acte 06933 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.*

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS : *Voir le code d'acte 00027 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.*

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS : *Voir le code d'acte 15091 sous l'onglet B -TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.*

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

		R = 1	R = 2

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

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie	119,00	4
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene	119,00	4

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	42,00	4
06169	Condylomatose ano-génitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	140,00	4
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	119,00	4
06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux	140,00	4
	Vulvectomie :		
06156	hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve	280,00	5
06157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	560,00	6
06158	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	896,00	12
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	119,00	4
	Plastie des grandes lèvres :		
06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	140,00	5

VAGIN

Incision

06065	Culdocentèse	42,00	4
06066	Colpotomie (exploration et drainage)	140,00	4

		R = 1	R = 2
	Introduction		
	Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion et la visite		
06074	première	65,00	4
06075	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		
06249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	480,00	8
----	Caroncule urétral ou ectropion	(Voir système urinaire)	
06141	Exérèse d'un septum vaginal	140,00	4
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	119,00	4
	Réparation avec ou sans dérivation urinaire		
06400	Cystocèle (urétrocèle)	280,00	4
06405	ou rectocèle	280,00	4
06406	et rectocèle	350,00	5
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	121,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	88,00	
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	350,00	5
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	420,00	4
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	280,00	4
06411	Colpocléisis	350,00	4
06412	Urétropexie, toutes techniques	350,00	4
06414	Entérocèle ou colpocèle par voie vaginale	350,00	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	119,00	4
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	160,00	4
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	420,00	10
	Suture		
06421	Colpopérinéorraphie (blessure non obstétricale)	140,00	4

		R = 1	R = 2
	TROMPES		
	Excision		
06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	4
	Réparation		
06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	420,00	4
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	560,00	8
	Suture		
06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique)	350,00	5
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	140,00	4
06451	avec avortement thérapeutique	210,00	4
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément	66,00	
	AVIS : *Voir la Règle d'application n° 9.*		
	OVAIRES		
	Excision		
06188	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.		
06177	Tumeur intraligamentaire	350,00	4
06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	5
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	350,00	5
	Réparation		
	Chirurgie conservatrice de l'endométriose		
06288	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
	AVIS : *Inscrire les chirurgies pratiquées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*		
06264	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	280,00	5
06263	Ovariopexie	329,00	5

		R = 1	R = 2
	UTÉRUS ET COL UTÉRIN		
	Incision		
06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	280,00	5
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	350,00	5
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	672,00	4
06068	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	490,00	4
06072	Métroplastie (utérus septus)	350,00	5
	Excision conventionnelle ou au Laser		
06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28)	90,00	4
06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri sous anesthésie générale ou péridurale seulement	119,00	4
	Thérapie cervicale, incluant la visite		
06811	pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	57,20	4
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	42,00	4
06149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	350,00	5
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	4
06154	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06178	Polypectomie simple	16,50	4
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
06251	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	672,00	8
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
06164	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	633,60	10
06194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	275,00	

		R = 1	R = 2
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	930,00	12
	Trachélectomie :		
06267	abdominale	350,00	5
06268	vaginale	280,00	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	844,80	12
06231	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
	Paramétriectomie :		
06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et para-aortiques	930,00	12
06294	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
	Exentération pelvienne :		
06271	postérieure	1 750,00	18
06272	antérieure et postérieure	2 500,00	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	274,00	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir continent, supplément	660,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06271 et 06272.		
06279	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.		
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06381	Sympathectomie présacrée	420,00	5
	Introduction		
06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28)	119,00	4
06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	99,00	1

		R = 1	R = 2
06460	avec ablation de l'endomètre ou myomectomie, ou les deux, supplément	165,00	2
06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques	150,00	4
-----	Laparoscopie	(Voir appareil digestif)	

Réparation

06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	280,00	7
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes	265,00	5

Manipulation

	Avortement incomplet :		
06900	par extraction menstruelle	28,00	
06906	par curetage (PG-28)	119,00	4
	Avortement thérapeutique :		
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	28,00	
06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	119,00	4

AVIS : *Voir la Règle d'application no 9 - Obstétrique gynécologie.*

	Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines		
06948	1er temps : induction toutes méthodes	140,00	4
06949	2e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28)	119,00	4
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (PG-28)	99,00	4
06924	Cerclage du col chez la parturiente	119,00	4

Divers

06398	Implantation sous-cutanée de capsules de lévonorgestrel	100,00	4
06399	Exérèse des capsules de lévonorgestrel	120,00	4

AVIS : *Si la mise en place est faite à la même séance que l'exérèse, facturer le code d'acte 06399, inscrire la lettre « N » dans la case C.S. et demander 170 $ dans la case HONORAIRES.*

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE **Q-2**

Obstétrique **Q-5**

ANNEXE I : ACCOUCHEMENT À RISQUES **Q-8**
ANNEXE II : RÈGLE 4.1 a) **Q-10**
Honoraire global de manoeuvre obstétricale intra-partum

Q - OBSTÉTRIQUE

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 1.

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : *Voir sous l'onglet «Règles d'application» le plafonnement d'activités : PA-5.*

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 100 $ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : *La nomenclature est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte 06945 ou 06946, sous le présent onglet.*

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : *Voir le code d'acte 06919, sous le présent onglet.*

RÈGLE 4.

4.1 Celui auquel un médecin accoucheur ou une sage-femme fait appel en raison de la complexité de l'état de la parturiente ou du foetus, est payé comme suit:

a. On lui accorde un tarif de 320 $ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manoeuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

   AVIS : *La liste est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation de l'ensemble des soins lors de la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 06929 sous le présent onglet.*

b. On lui accorde un tarif de 102 $ pour sa consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants : l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencerclage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : *Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 06940 sous le présent onglet.*

Dans les autres cas, on applique le tarif général des visites.

L'honoraire du médecin accoucheur est de 180 $, s'il ne fait pas l'accouchement ou la césarienne.

AVIS : *Voir le code d'acte 06933 sous le présent onglet.*

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

La compensation relative au coût d'un stérilet est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS : *Voir le code d'acte 00027 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.*

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS : *Voir le code d'acte 15091 sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.*

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

		R = 1	R = 2

Q - OBSTÉTRIQUE

AVIS : *Voir la Règle d'application no 4.*

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment:

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;
- la rupture des membranes;
- le désencerclage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;
- le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne;
- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;
- le prélèvement de sang foetal in utero;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirure;
- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903	Accouchement	335,00	
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	167,50	
06950	Accouchement vaginal après césarienne, supplément . .	100,00	
06945	Accouchement dans les cas complexes, supplément . . .	100,00	

AVIS : *La facturation de l'acte 06945 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.*

06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe	60,00	4

		R = 1	R = 2
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	360,00	9
06913	Césarienne et hystérectomie	540,00	13
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	100,00	3
	AVIS : *La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.*		
06937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	320,00	
	AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la manoeuvre obstétricale effectuée. Voir Annexe II sous le présent onglet.*		
06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail.	320,00	
	NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06929.		
	AVIS : *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.*		
06940	Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants: l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencerclage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.	102,00	
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.		
	AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.*		
06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		5
06918	Réparation de déchirures (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		4
	Amniocentèse (Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)		
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement.	120,00	4

		R = 1	R = 2
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	72,00	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite foetal) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse , le cas échéant	144,00	4
06926	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1000 cc ou plus	144,00	4
06930	Transfusion foetale intra-utérine	420,00	6
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines)	54,00	
	Évaluation du bien-être foetal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	20,00	
06961	20 minutes et plus	50,00	
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par l'obstétricien, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement (réservé au détenteur d'un certificat en obstétrique seulement)	180,00	

AVIS : *Disposition administrative en vue de l'application du 6e paragraphe de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - Obstétrique - gynécologie.*

ANNEXE I
ACCOUCHEMENT À RISQUES (Acte codé 06945)

CAS COMPLEXES

A) VOIE VAGINALE

CONDITIONS FOETALES :

- Présentation de la face (652.4) ou du siège (652.2) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale: système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme (plus que 42 semaines) (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES:

*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques: coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires: cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire: insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires: insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes: diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives: stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques: éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses: sida (042.9), hépatite aigüe (646.7)
- Maladies gynécologiques: anomalie congénitale (654.9)

*** Complications obstétricales**

- Hématomes génitaux nécessitant drainage et transfusion ou drainage nécessitant une nouvelle anesthésie générale ou régionale (664.5)
- Inversion utérine (665.2)
- Lacération génitale (4e degré) (664.2)
- Rupture utérine (665.1)

*** Autres**

- Séquelles de spina bifida (741.9), polios (045.9)
- Cancer génital (184.9)
- Multiparité (plus que 5) (659.4)

B) CÉSARIENNE (Acte codé 06946)

CONDITIONS FOETALES :

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU PLACENTA :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Placenta praevia (641.1)

CONDITIONS MATERNELLES :

- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aiguë (646.7)

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

- Rupture utérine (665.1)

ANNEXE II

RÈGLE 4.1 a)
HONORAIRE GLOBAL DE MANOEUVRE OBSTÉTRICALE INTRA-PARTUM
(Acte codé 06929)

- Application de forceps ou ventouse
- Manoeuvre nécessitée par une dystocie de l'épaule
- Extraction manuelle du placenta pour placenta retenu
- Réparation de déchirures cervico-vaginales (de 5 cm ou plus)
- Réparation de déchirures du 3e ou du 4e degré
- Révision utérine pour hémorragie
- Manoeuvre nécessitée par l'accouchement d'un siège ou d'un deuxième jumeau

INDEX

Page

APPAREIL GLANDULAIRE

Introduction **R-2**
Thyroïde **R-2**
Parathyroïde **R-2**
Surrénales **R-2**

		R = 1	R = 2

R - APPAREIL GLANDULAIRE

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.*

INTRODUCTION

06310	Implantation sous-cutanée de substance hormonale . . .	28,00	

AVIS : *En urologie, voir la Règle d'application n° 25.*

THYROIDE

Incision

06076	Drainage d'abcès : soins complets	55,90	4

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	129,00	5
06151	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	490,00	8
06152	Hémithyroïdectomie (lobectomie).	420,00	6
06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	140,00	4
06180	Excision de nodule solitaire	323,00	4
06280	Thyroïdectomie totale	560,00	8
06281	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	560,00	8
06282	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intrathoracique	896,00	8
	Thyroïdectomie totale ou subtotale :		
06284	avec résection localisée des ganglions cervicaux	576,00	10
06183	avec évidement radical unilatéral des ganglions cervicaux	742,00	15
06184	avec évidement radical bilatéral des ganglions cervicaux	1 011,00	18

PARATHYROIDE

	Exploration et/ou excision :		
06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	672,00	10
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	540,00	10
06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément.	100,00	

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « un ou plusieurs » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

SURRÉNALES

06182	Exploration surrénalienne uni ou bilatérale pour lésion surrénalienne.	600,00	15
06187	avec surrénalectomie uni ou bilatérale, supplément. . .	66,00	

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX **S-2**

CRÂNE ET ENCÉPHALE **S-2**
Lésions expansives tumorales **S-2**
Lésions infectieuses et parasitaires **S-3**
Lésions vasculaires **S-4**
Lésions vasculaires cervicales **S-5**
Lésions traumatiques **S-5**
Liquide céphalo-rachidien **S-5**
Malformation congénitale crânio-encéphalique **S-6**
Installation du cadre plus **S-7**
Neurochirurgie de l'épilepsie **S-7**
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS **S-8**
Chirurgie du nerf facial **S-8**
Divers **S-8**
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL **S-9**
Tumorale **S-9**
Dégénérative et traumatique **S-9**
Lésions vasculaires **S-9**
Lésions infectieuses **S-10**
Malformations congénitales du rachis et moelle épinière **S-10**
Neurochirurgie fonctionnelle **S-11**
NERFS PÉRIPHÉRIQUES **S-12**

Divers **S-13**

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

CRÂNE & ENCÉPHALE

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

Sus-tentorielles :

		R = 1	R = 2
07520	Lésions des ventricules latéraux	1 373,00	18
07521	Lésions du IIIe ventricule	1 570,00	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 472,00	18
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex : cranio-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 766,00	18
07524	Lésions de la région pinéale	1 766,00	18
07525	Lésions de la voûte du crâne	491,00	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 177,00	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 079,00	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	441,00	10

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 275,00	18
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 373,00	18
	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 275,00	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 158,00	18
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
07533	5 cm ou moins	1 570,00	18
07534	plus de 5 cm	2 158,00	18

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
07535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 079,00	18
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 128,00	18
07537	cranio-pharyngiomes	1 226,00	18
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 128,00	18
07539	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	245,00	

		R = 1	R = 2
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
07540	Stade A	1 177,00	18
07541	Stade B	1 373,00	18
07542	Stade C & D (géants)	1 570,00	18
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 128,00	18
07544	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	245,00	
07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	1 766,00	18
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 570,00	18
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 177,00	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 177,00	18
07549	1/3 interne	1 570,00	18
07550	Lésions du Clivus	2 158,00	18
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	1 766,00	18
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 472,00	18
07553	supratentorielles	1 373,00	18
07554	combinées	2 158,00	18
07555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	1 766,00	18
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 158,00	18
07000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	180,00	12

Lésions infectieuses & parasitaires

Sus-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
07557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 079,00	18
07558	sous-durales	687,00	18
07559	épidurales	687,00	18
07560	Exérèse de volet infecté et /ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	491,00	12
07561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	491,00	12
07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	441,00	10

Sous-tentorielles :

	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 275,00	18
07564	sous-durales	883,00	18
07565	épidurales	883,00	18
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	736,00	15
07567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	736,00	15

		R = 1	R = 2
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) . .	687,00	15

Lésions vasculaires

NOTE : Définition des grades
on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :
a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1
moyen (3 à 6 cm)2
large (plus de 6 cm) 3

b) cerveau éloquent : non 0
oui 1

c) composante vasculaire profonde : non 0
oui 1

Sus-tentorielles :

	Cure d'anévrisme, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :		
07570	premier, quelle que soit sa morphologie	1 570,00	18
07599	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément *(*)*	392,00	
07573	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	491,00	
	Cure de malformation artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :		
07574	grade 1	1 373,00	18
07575	grade 2	1 648,00	18
07576	grade 3	1 923,00	18
07577	grade 4	2 197,00	18
07578	grade 5	2 472,00	18
07579	Cure de fistule artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	981,00	18
	Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :		
07580	par craniotomie.	900,00	15
07581	par trépanation ou craniectomie et aspiration.	392,00	10
07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 079,00	18
07583	Cure de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 667,00	18

Sous-tentorielles :

	Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire		
07511	premier, quelle que soit sa morphologie	1 962,00	18
07512	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément *(*)*	392,00	
07001	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	600,00	

AVIS : *(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
	Craniotomie pour malformation artérioveineuse :		
07585	grade 1	1 570,00	18
07586	grade 2	1 844,00	18
07587	grade 3	2 119,00	18
07588	grade 4	2 394,00	18
07589	grade 5	2 668,00	18
07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	981,00	18
07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 275,00	18
07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 373,00	18
	Lésions vasculaires cervicales		
07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	883,00	18
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.		
	Lésions traumatiques		
07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	981,00	18
07596	avec reconstruction cranio-orbitaire dans la même séance, supplément	196,00	
----	Trépanation simple	(Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatérale	589,00	15
07598	bilatérale	883,00	18
	Liquide céphalo-rachidien		
	Dérivation interne :		
07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	540,00	15
07613	Dérivation ventriculaire double en y	687,00	15
	Révision d'une dérivation :		
07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	343,00	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	736,00	15
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	343,00	10
	Ventriculostomie du IIIe ventricule pour hydrocéphalie :		
07618	par craniotomie	687,00	15
07619	par stéréotaxie	687,00	18
07620	par endoscopie	687,00	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	180,00	

		R = 1	R = 2
	Autres procédures :		
07621	Torkildsen	540,00	15
07622	Installation d'un réservoir (Omaya, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	245,00	8
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	491,00	12
07624	bilatérale	589,00	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	491,00	12
07626	infratentorielle	540,00	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	491,00	15
07628	infratentorielle	540,00	15
	Malformation congénitale cranio-encéphalique		
	Crâne :		
	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	589,00	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	883,00	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 275,00	18
07632	NOTE : Si le neurochirurgien fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple	687,00	15
	Méninges & Encéphale :		
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	687,00	18
07635	infratentorielle	785,00	18
07636	base du crâne	871,00	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel	785,00	18
07638	infratentoriel	883,00	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	245,00	12
07640	par craniotomie	540,00	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 275,00	18
	Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :		
07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	245,00	8

		R = 1	R = 2
	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre:		
07652	corticale & sous-corticale	1 324,00	18
07653	thalamique des noyaux gris centraux	1 472,00	18
07654	si plus de 3 cm, supplément	196,00	

Installation du cadre plus

07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	147,00	
07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	687,00	15
07644	chirurgie stéréotaxique pour mouvements anormaux, spasticité ou rigidité, douleur, épilepsie ou installation d'électrodes permanentes (comprend le mapping et la lésion ou doit faire interruption stéréotaxique de faisceaux) incluant la technique de localisation	1 275,00	18
07645	si lésion bilatérale, supplément	343,00	
	exploration stéréotaxique d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation:		
07646	unilatérale	883,00	18
07647	bilatérale	1 177,00	18
	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation :		
07648	externe	589,00	12
07649	interstitielle	883,00	18
07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	883,00	18
07651	implantation stéréotaxique de tissu vivant incluant la technique de localisation	693,00	18

Neurochirurgie de l'épilepsie

07655	Exérèse corticale focale	883,00	18
07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 275,00	18
07657	Lobectomie	1 177,00	18
	Callosotomie		
07658	partielle	1 079,00	18
07659	totale	1 472,00	18
07660	Hémisphérectomie	1 962,00	18
	Insertion d'électrodes		
07661	épidurales	245,00	6
07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	98,00	
07663	au trou ovale	245,00	6
07664	sous-durales par craniotomie	800,00	12
07665	Transection sous-piale	981,00	18

		R = 1	R = 2
07700	Utilisation per-opératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	164,00	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux services médicaux codés 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		
07004	Mise en place d'un stimulateur du nerf vague	650,00	12

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
07667	avec greffe	981,00	18
07668	sans greffe	883,00	18
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
07669	avec greffe	290,00	
07670	sans greffe	196,00	
	extracrânien :		
07671	avec greffe	774,00	15
07672	sans greffe	677,00	15
07673	Section du XI dans le cou	196,00	8
07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser	491,00	12
07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 079,00	18

Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
07600	portions mastoïdienne et tympanique	464,00	8
07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	215,00	
07602	par fosse moyenne	774,00	18
07603	totale	1 183,00	18
07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	215,00	
07605	anastomose, supplément	108,00	
07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	269,00	
	Réparation :		
07607	anastomose XII - VII	774,00	18
07608	avec greffe incluant prise de greffon	935,00	18

Divers

	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	392,00	15
07678	sous-occipitale	491,00	15
	Cranioplastie :		
07679	acrylique ou métal ou repose du volet	589,00	12
07680	avec reconstruction osseuse autogène	900,00	18

		R = 1	R = 2
07681	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	18
	AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*		
07682	Révision de la craniotomie faite antérieurement par un neurochirurgien pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	785,00	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	981,00	18
07699	si faite par voie endonasale	430,00	15
07683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire.	294,00	10

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
07684	par voie postérieure	736,00	15
07685	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 :		
07686	un à quatre métamères.	1 177,00	18
07687	plus de quatre métamères	1 962,00	18
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
07688	un à quatre métamères.	1 472,00	18
07689	plus de quatre métamères	2 453,00	18
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	883,00	18
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 962,00	18
07692	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

07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	800,00	15
07701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement.	589,00	15

Lésions vasculaires

07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	736,00	15

		R = 1	R = 2
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 472,00	18
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 453,00	18
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 472,00	18
07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	736,00	15

Lésions infectieuses

07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	736,00	15
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 177,00	15
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	981,00	15
07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 472,00	18

Malformations congénitales du rachis & moelle épinière

Rachis :

	Résection de l'odontoïde par approche transorale pour décompression du tronc cérébral et de la moelle cervicale incluant la trachéotomie		
07718	temps du neurochirurgien	1 324,00	18
07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	430,00	
07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	98,10	
07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	430,00	
07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	392,00	10

Méninges :

	Réparation de méningocèle cervicale :		
07723	antérieure	1 177,00	18
07724	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
07725	antérieure	1 177,00	18
07726	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle sacrée :		
07727	antérieure	981,00	18
07728	postérieure	736,00	15
	Réparation de méningocèle intraspinale		
07729	(kyste extradural)	736,00	15

		R = 1	R = 2
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	396,00	15
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	638,00	15
	Moelle épinière et queue de cheval :		
07730	Réparation de myéloméningocèle.	981,00	18
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural.	785,00	15
07732	deux sacs duraux	1 275,00	18
07733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	196,00	
	Traitement de moelle ancrée :		
07734	première intervention.	736,00	15
07735	réintervention.	990,00	18
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		
07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	883,00	18
07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	883,00	18
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale.	1 079,00	18
07005	avec myéloscopie, supplément	180,00	
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	194,00	8
	Neurochirurgie fonctionnelle		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et la foraminotomie :		
07751	une racine.	687,00	15
07752	chaque racine additionnelle.	49,10	
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	755,00	15
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	68,70	
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine.	544,50	12
07756	chaque racine additionnelle.	110,00	
07761	traitement chirurgical du torticolis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramiscectomies unilatérales ou bilatérales.	1 199,00	15
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	785,00	15
07762	tractotomie trigéminale ouverte	785,00	15
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	392,00	10

		R = 1	R = 2
	rhizotomie postérieure :		
07764	une ou deux racines	109,00	10
07765	trois racines ou plus	147,00	
07766	tractotomie trigéminale	392,00	15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	491,00	12
07768	implantation d'électrodes percutanées	296,00	8
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	343,00	6
	implantation de cathéter :		
07770	percutané (PG-28)	270,00	6
07771	par laminectomie	491,00	12
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	49,10	6
07773	Révision du stimulateur ou de la pompe	294,00	6
07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	50,00	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (PG-28)	195,00	6
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	165,00	5
07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	110,00	5
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	341,00	10
07214	périaortique	82,00	6
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	275,00	8
07220	lombaire : unilatérale	286,00	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	58,00	
07208	bilatérale, supplément	84,00	
----	présacrée	(Voir Gynécologie utérus et col utérin)	
07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site PG-28)	131,00	4
07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	175,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	120,00	4
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	90,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

		R = 1	R = 2
07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	132,00	4
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	107,80	5
07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	75,00	5
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	500,00	12
07469	dissection sus-claviculaire	500,00	12
07787	dissection sus et sous-claviculaire	818,00	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
07788	chaque anastomose, supplément	200,00	3
07789	chaque greffe, supplément	300,00	3
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 700,00	
	NOTE : En anesthésie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		
	AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire lorsque le code d'acte 07788 ou 07789 est facturé en rôle 1.*		
07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
	Plexus lombo-sacré		
07010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	188,00	6
07473	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	600,00	12
07474	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	300,00	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur PG-28)	385,00	10
07798	nerf mineur (PG-28)	247,50	8
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	300,00	8
07476	nerf mineur	200,00	6
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf PG-28)	300,00	12
07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	115,50	5
07799	Suture nerveuse (neurorraphie) (PG-28)	110,00	7
	Divers		
07011	Rhizotomie percutanée, toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	326,00	10
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	350,00	8

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

		R = 1	R = 2
07045	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	385,00	6
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	265,00	5
	Énucléation :		
07133	simple	245,00	4
07134	avec mise en place d'implant	350,00	5
	Éviscération :		
07136	avec mise en place d'implant	350,00	4
07356	Implantation secondaire	420,00	4
07358	Greffe de sclérotique pour extrusion d'implant	264,00	6
07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.)	245,00	5
07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	384,00	7
07122	trabéculectomie dans un oeil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	66,00	
07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	450,00	8
07809	Lyse de suture faite au laser dans les six semaines suivant une trabéculectomie	40,00	4
07123	Exérèse d'un implant de Molteno	175,00	5

CORNÉE

07007	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		
07192	partielle	132,00	5
07193	totale	220,00	5
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	132,00	4
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	200,00	5
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	200,00	5
07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse	490,00	8
07384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de 4 dioptries	280,00	6

		R = 1	R = 2
07371	Chirurgie réfractive pour pathologie cornéenne, toutes techniques	198,00	4
07803	Curetage et/ou cautérisation	26,00	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	42,00	4
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	235,00	5
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	539,00	8

SCLÉROTIQUE

07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	198,00	4
07226	Sclérectomie pour glaucome (incluant le laser Holmium).	264,00	5
07368	Greffe sclérale	395,00	6
07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculectomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale	150,00	5

IRIS ET CORPS CILIAIRE

07801	Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG *(*)*	120,00	5
07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG *(*)*	133,00	5
07815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	74,00	5
07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	350,00	7
07814	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intra-oculaires *(*)*	200,00	6
07051	Sphinctérotomie *(*)*	200,00	4
07052	Synéchotomie irienne (corélyse) *(*)*	200,00	5
07169	Excision lésion irienne	330,00	5
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	525,00	6
07137	Iridectomie périphérique ou complète *(*)*	200,00	5
07305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	119,00	4
07372	Iridodialyse (réparation)	285,00	5
07805	Iridencléisis	264,00	4
07811	Cyclodialyse (*)	264,00	4
07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothermie	132,00	5

AVIS : *(*) Voir la Règle d'application n° 3.*

		R = 1	R = 2
	CRISTALLIN		
	Cataracte, incluant les iridectomies :		
07261	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
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	264,00	6
	Replacement d'une lentille intra-oculaire luxée :		
07262	manoeuvre extra-oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	85,00	4
07263	manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	148,00	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	264,00	5
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé*(**)*	330,00	7
07228	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 :		
07055	discission *(*)*	198,00	4
07234	avec ciseaux	198,00	4
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	100,00	5
07006	réintervention au même oeil dans les 4 mois par le même chirurgien	74,00	5
	CORPS VITRÉ		
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	167,00	4
07309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	60,00	4
07325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie *(*)*	280,00	5
07335	réintervention au même oeil, dans les 4 mois, par le même chirurgien *(*)*	99,00	4
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	450,00	8
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épirétiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	510,00	10
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	140,00	4
07339	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 07227 ou 07261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre **« A »** dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire n° 1944 (Document complémentaire)*

		R = 1	R = 2
	RÉTINE		
	Réparation		
	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel	132,00	4
07299	profond	192,00	5
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbone 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		
07292	première intervention	192,00	8
07293	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 :		
07408	première intervention	492,00	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique	548,00	10
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale:		
07310	tumeur	217,00	4
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	217,00	4
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	400,00	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt	110,00	5
	Photocoagulation : au laser ou autre procédé		
07311	première intervention	140,00	5
07312	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)		
07303	un oeil	500,00	8
07304	deux yeux	750,00	8
	AVIS : *Les actes 07303 et 07304 s'appliquent seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.*		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	140,00	4
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive)	217,00	6

		R = 1	R = 2
	MUSCLES OCULAIRES		
	Strabisme : incluant les ductions forcées Premier muscle, un oeil ou deux yeux		
	NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.		
+ 07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	310,00	5
+ 07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	320,00	5
+ 07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	335,00	5
+ 07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	350,00	6
	Supplément pour muscle additionnel		
+ 07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) *(*)*	110,00	
+ 07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) *(*)*	115,00	
+ 07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) *(*)*	120,00	
+ 07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) *(*)*	130,00	
	NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.		
+ 07279	transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles . . .	325,00	6
+ 07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	300,00	6
+ 07377	Réparation à la suite de traumatisme	350,00	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	100,00	
	ORBITE		
07061	Fenestration du nerf optique	300,00	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	210,00	4
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	350,00	7
07282	tumeur	545,00	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	323,00	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	545,00	10
07171	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.*

		R = 1	R = 2
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	392,00	6
07243	avec greffe	563,00	10
07380	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.		
07379	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

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	12,00	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès	40,00	4

Excision

07173	Chalazion (PG-28)	40,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	120,00	5
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	308,00	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	110,00	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
07174	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.*		
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	198,00	5
07420	Réparation du canthus interne ou externe	200,00	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	240,00	4
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	421,00	8

		R = 1	R = 2
07467	Séparation des paupières post-tarsorraphie ou blépharorraphie	40,00	4
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	198,00	5
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	290,00	5
07813	cautérisation (incluant l'examen)	40,00	
	Réparation		
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	264,00	5
07390	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		
07388	patients de moins de 65 ans (PG-28)	50,00	5
07389	patients de 65 ans ou plus	165,00	5
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*		
	Ptose :		
07394	suspension au frontal	330,00	5
07385	fasanella ou autre technique	132,00	5
07395	résection du releveur (PG-28)	275,00	5
07396	réintervention	330,00	6
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	140,00	5
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre	110,00	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	264,00	5
07403	Tarsorraphie (PG-28)	132,00	5
	CILS		
07418	Électrolyse ou cryothérapie	40,00	4
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par résection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière	198,00	5
07404	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		
07070	Péritomie	42,00	4
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	40,00	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste	40,00	4
07179	maligne, excision simple	140,00	5
07180	maligne, excision avec greffe	227,00	5
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	210,00	5
07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	70,00	4
	Symblépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	198,00	5
07407	excision avec greffe	340,00	6
	Réparation de plaie traumatique :		
07433	suture simple de la conjonctive	40,00	4
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	230,00	5
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	132,00	5
	APPAREIL LACRYMAL		
07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	66,00	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	72,00	4
07252	Dacryocystectomie	210,00	4
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	420,00	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	60,00	4
07054	ectropion	60,00	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	15,00	4
	Intubation du canal lacrymal :		
07319	un oeil	100,00	4
07329	deux yeux	150,00	5
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	60,00	4
07458	Réparation des canalicules sectionnés	330,00	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorraphie (avec ou sans insertion de tube)	330,00	6
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	396,00	6
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	396,00	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	26,00	4
07460	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) :		
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	280,00	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	373,00	7
07153	non-magnétique	443,00	6
07159	cornéen	26,00	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	367,00	6
07204	conjonctival	12,00	4
	TRAUMATISME OCULAIRE		
07461	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.		
	AVIS : *Voir la Règle d'application n° 3.*		
07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	350,00	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère.	420,00	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	490,00	10
07456	Cantholyse	40,00	4
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.		

INDEX

Page

APPAREIL AUDITIF **U-2**

Oreille externe **U-2**
Oreille moyenne **U-3**
Oreille interne **U-5**

U - APPAREIL AUDITIF

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.*

OREILLE EXTERNE

Incision

		R = 1	R = 2
07075	Hématome	48,40	4
07076	Abcès du conduit	48,40	4

Excision

07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	194,00	5
	Kyste :		
-----	préauriculaire	(Voir système digestif)	
-----	du lobule	(Voir peau et phanères)	
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	145,00	4
07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	247,00	6
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube)	15,90	4
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	145,00	5

Réparation

07424	Prauminauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	190,00	5
07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	100,00	4

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon : absence totale		
07412	1er temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	650,00	12
07415	2e temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	300,00	4
07417	3e temps : reconstruction du lobule	215,00	4
	NOTE : Si le 2e temps ou le 3e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, supplément 100 $ par temps.		
	AVIS : *Si le 2e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, inscrire le code d'acte 07431. Si le 3e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, inscrire le code d'acte 07432. Pour le code d'acte 07431 ou 07432, inscrire 100 $ dans la case HONORAIRES.*		
----	4e temps : greffe cutanée	(Voir « greffes libres »)	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	348,00	6

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie :		
07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale	50,50	4
	AVIS : *Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu.*		
07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	129,00	4
07078	Paracentèse unilatérale	32,30	4
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (PG-28)	129,00	5
07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	194,00	5
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	258,00	6

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non)	inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé.	4

		R = 1	R = 2
07187	Polype de l'oreille moyenne	15,90	4
	Mastoïdectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	290,00	5
07259	radicale ou modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	430,00	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
07487	sans fraisage, ni modification du conduit	145,00	5
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	242,00	5
07489	avec moulage du mur du facial	290,00	4
07490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	387,00	5
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (PG-28)	15,90	4
07257	Stapédectomie (PG-28)	349,00	7
07270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	376,00	7
07286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	215,00	4
	Réparation		
07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	21,50	4
07449	Myringoplastie (a minima)	145,00	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	269,00	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	366,00	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	53,80	
	Masto-tympanoplastie		
07491	sans reconstruction ossiculaire (PG-28)	430,00	6
07437	avec conservation du canal osseux externe (incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (PG-28)	516,00	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	53,80	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	645,00	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde	355,00	6
07439	Fénestration du canal semi-circulaire externe	330,00	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	194,00	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	350,00	7
07494	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	360,00	6
07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	1 075,00	18

AVIS : *Inscrire le code de l'établissement dans la case appropriée.*

		R = 1	R = 2
	OREILLE INTERNE		
	Excision		
07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant	860,00	15
07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabyrinthique	710,00	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	450,00	12
	Exérèse de tumeur glomique		
07287	approche tympanique	376,00	7
07288	approche mastoïdienne, supplément	269,00	2
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément	914,00	5
# 07266	Temporalectomie	774,00	12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	324,00	7
	Labyrinthectomie :		
	chimique :		
07258	première séance incluant la myringotomie	48,40	
07260	chaque séance subséquente	32,30	
	NOTE : Un seul des actes codés 07258 et 07260 est payable par jour pour un même patient.		
07268	par oreille moyenne	300,00	7
07269	par voie transmastoïdienne	360,00	6
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	315,00	6
	Introduction		
07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	237,00	6
	Réparation		
07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	435,00	8
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	323,00	6
07481	Cochléo-sacculotomie	348,00	6

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.

Sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

1.5 Le médecin radiologiste qui agit comme consultant d'un laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=1 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

1.6 En laboratoire, seuls les examens dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis, donnent droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.7 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement.

RÈGLE 2.
EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3.
EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 4.
FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5.
EXAMEN DU COLON

\+ **5.1** La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues et l'introduction d'air et de barium sous contrôle fluoroscopique.

RÈGLE 6.
TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de barium approprié.

RÈGLE 7.
EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques.

Il en est de même de la tarification d'un examen de l'abdomen ou du bassin chez un patient dirigé pour un examen de la colonne lombaire.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 8.
NEZ ET SINUS

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez ou des sinus pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 9.
EXAMEN DE LA COLONNE

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10.
PHARYNX ET OESOPHAGE

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 11.
COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin radiologiste ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 12.
BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin radiologiste qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 13.
RADIOGRAPHIE DENTAIRE

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

13.2 On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 14.
SUBSTANCES DE CONTRASTE

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

RÈGLE 15.
ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

15.1 On accorde un supplément de 35$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

AVIS : *Pour facturer le supplément de 35,00$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour facturer celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

15.2 Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12 $ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour facturer les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». Inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 16.
STÉRÉOSCOPIE

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17.
CONSULTATION EXCEPTIONNELLE

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultraspécialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte.

On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 30,97 $.

AVIS : *Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » ou sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte». L'identification de la personne assurée et celle du médecin référent (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.*

RÈGLE 18.
TARIFICATION

18.1 Le médecin radiologiste qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin radiologiste pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 19.
RAPPORT

19.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : *À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagné des modificateurs 008 en cabinet ou 021 en établissement.*

Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.

RÈGLE 20.
TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

On accorde un supplément de 35 $ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

AVIS : *Pour facturer le supplément de 35,00 $ à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code d'acte 08279 sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est essentielle.*

PROTOCOLE
CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.
RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

1.1 L'annexe I de ce Protocole identifie les laboratoires de radiologie générale établis au 15 juillet 1987 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels la ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

Un laboratoire de radiologie générale dont le permis d'exploitation est cédé, demeure visé par l'annexe 1 si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.
IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins radiologistes nommés par la Fédération.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déférées par la ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins de la région.

2.3 La ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

La ministre informe la fédération des permis qu'elle délivre; si elle n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, elle lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.
IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

Les gains de pratique tirés de la radiologie diagnostique sont comptés comme suit:

HONORAIRES DE CONSULTATION

3.1 Sont établies les données relatives aux honoraires de consultation: pour les départements hospitaliers; pour les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1; et pour les examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie spécifique dont l'exploitant est un médecin omnipraticien.

HONORAIRES DE LABORATOIRE

3.2 Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les autres laboratoires de radiologie, en identifiant la discipline de leur exploitant.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

		L R = 7	C R = 1

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 3.2.5 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

TÊTE ET COU

	Crâne		
08010	3 incidences ou moins	24,28	9,16
08013	4 incidences ou plus	30,24	11,38
	Selle turcique		
08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	21,10	5,30
	Massif facial		
08123	3 incidences ou moins	18,53	6,91
08124	4 incidences ou plus	23,17	7,24
	Nez		
08031	minimum de 2 incidences	12,12	4,46
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
08023	minimum de 3 incidences	18,53	7,15
	Articulations temporo-maxillaires		
08024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	18,53	7,15
	Sinus		
08125	3 incidences ou moins	17,64	6,71
08126	4 incidences ou plus	21,12	6,91
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant		
08076	minimum de 6 incidences	23,28	9,91
	Conduit auditif interne		
08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	21,10	7,15

		L R = 7	C R = 1
	Oeil		
08030	recherche de corps étrangers	12,08	6,32
08028	recherche et localisation de corps étrangers	25,99	22,59
08011	Trous optiques	14,10	6,32
08038	Région des glandes salivaires	13,16	5,49
	Tissus mous du cou		
08037	minimum de 2 incidences	11,39	5,49
08036	Étude panoramique des maxillaires	14,40	5,49
	Dents		
08034	1-2 régions dentaires	5,20	1,20

AVIS : *Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.*

	Céphalométrie		
08077	avec mesure des angles	16,87	22,67

COLONNE ET BASSIN

	Colonne cervicale		
08127	3 incidences ou moins	21,12	5,92
08128	4 incidences ou plus	27,12	7,77
08042	Colonne dorsale *(*)*	20,18	6,07
08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée *(*)*	23,61	6,11
08057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	29,70	6,83

AVIS : *Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 08243, 08245, 08246 ou 08247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.*

	Colonne entière (série scoliotique)		
08053	minimum de 4 incidences	45,35	15,00
08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	19,44	5,04
08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	25,24	7,93
08058	Articulations sacro-iliaques	17,64	7,73
	Bassin		
08054	1 incidence *(*)*	12,12	5,16
08056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	22,52	7,10
08055	3 incidences ou plus (ex.: bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	25,92	7,85

NOTE: Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.

AVIS : *(*) Voir la Règle d'application n° 14.*

		L R = 7	C R = 1
	MEMBRES SUPÉRIEURS		
08060	Clavicule	14,27	5,04
08075	Articulations acromio-claviculaires	17,64	7,73
08118	Articulations sterno-claviculaires	14,56	6,07
08074	Omoplate	15,82	6,07
08062	Épaule	15,71	6,07
08063	Humérus	12,12	5,04
08064	Coude	12,12	5,04
08065	Avant-bras	12,12	5,04
08066	Poignet	12,12	5,04
08067	Main	12,12	5,04
08068	Poignet et main	17,64	9,63
08069	Doigt ou pouce	9,36	3,82
	MEMBRES INFÉRIEURS		
	Hanche unilatérale		
08080	2 incidences ou plus	19,80	5,87
	AVIS : *Voir la Règle d'application n° 14.*		
08083	Fémur	12,12	5,04
08084	Genou, incluant la rotule	12,12	5,04
08085	Jambe	12,12	5,04
08086	Cheville	12,12	5,04
	Pied		
08087	Tarse, calcaneum ou talon	12,12	5,04
08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	18,60	8,60
08090	Orteil	9,36	3,82
08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	18,25	7,73
	ÉTUDES DU SQUELETTE		
	Étude du squelette pour âge osseux		
08092	1 région (main)	12,12	7,33
08093	2 régions (main et autres)	21,73	8,38
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
08280	8 incidences ou moins	48,32	18,91
08281	9 ou 10 incidences	57,38	22,92
08282	11 incidences ou plus	66,44	25,78
	THORAX		
08100	Poumons	17,60	7,29
08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	40,71	11,08
	Larynx, études spéciales		
-8113	phonation	23,52	18,37
	Hémithorax (côtes)		
08115	2 incidences ou plus	14,56	5,37
08117	Sternum	15,37	5,37

		L R = 7	C R = 1
	Lecteur B/ CSST :		
	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste		
09943	en établissement		12,50

AVIS : *Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».*

	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste		
09943	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

	Abdomen		
08150	simple	12,12	4,46
08152	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**.*

08132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	30,42	23,54
08133	Étude du pharynx et de l'oesophage	30,42	23,54
08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés). . . .	28,66	13,67
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)		
08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	56,18	24,33
08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum.	60,56	29,55

		L R = 7	C R = 1
08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	72,10	31,76
08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	81,15	37,17
08156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés) . . .	36,98	16,81
08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	67,31	63,36
	Colon, lavement baryté		
08149	simple contraste	58,50	18,76
08179	pour réduction d'intussusception	52,89	82,70
08160	double contraste (l'examen en mode analogique (non numérique) comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard (décubitus latéraux droit et gauche) et un minimum de 10 expositions)	76,70	40,00
	AVIS : *Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.*		
08035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique		150,00
	NOTE: Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 08149, 08160, 08255, 08256, 08257, 08262, 08263, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268 et 08269.		
08161	Cholécystographie orale		3,54
	Cholangiographie		
08171	par tube en T, incluant l'injection.	24,51	13,63
08163	per-opératoire		7,15
08165	par infusion intraveineuse, incluant l'injection	35,00	16,50
08180	Pancréatographie per-opératoire		12,17
08182	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 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****.*

	Pyélographie		
08181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	58,53	26,63

AVIS : *Utiliser le fomulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.*

08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen	36,39	7,18
08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant	28,66	21,80
08190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant	46,65	27,45
08189	Vasographie - Déférentographie	17,90	5,37
08191	Kystographie rénale incluant la ponction	10,90	66,10
08198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelvigraphie	37,00	24,50

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

08192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	11,96	4,54
08193	Pelvimétrie	18,50	7,50
08197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance 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.*(*)*		
08102	Thorax	27,68	10,43
08151	Abdomen	27,68	10,43
08121	Squelette	27,68	10,43
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure		
08270	premier quart d'heure	10,78	19,02
08271	deux quarts d'heure	21,57	38,05
08272	trois quarts d'heure	32,35	57,08
08273	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.*(*)*		
	Arthrographie, bursographie ou ténographie		
08114	graphie seulement	29,05	22,46
08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	49,36	53,85
08112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	44,63	68,85
	Bronchographie		
08109	unilatérale	27,50	45,50
08111	bilatérale	38,00	64,00
08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	33,27	19,64
08007	Cisternographie opaque	63,00	27,65
08027	Dacryocystographie	24,04	9,24
08098	Discographie, un niveau ou plus	27,65	18,80
08004	Encéphalographie	60,00	27,65

AVIS : *(*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulairen 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.*

		L R = 7	C R = 1
08214	Fistulographie	22,03	23,78
08201	Galactographie	33,32	47,60
08202	Kystographie mammaire	43,62	49,81
08119	Laryngogramme avec contraste opaque	58,76	54,26
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
08096	contraste huileux	70,33	25,80
08097	contraste non ionique	150,89	28,53
08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		49,45
08061	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.*

08025	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 08243, 08245, 08246 et 08247**, 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)		
08243	Examen initial de base	37,00	18,50
	Suivi (« follow-up »):		
08245	un site	33,00	11,00
08246	deux sites ou plus	37,00	15,00
08247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	10,60	3,40
08006	Stéréotaxie	60,00	20,00
08232	Tomographie	50,98	13,15

		L R = 7	C R = 1
08240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		30,97

AVIS : *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.*

08242	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 : *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 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		
08140	unilatérale	22,76	6,50
08141	bilatérale	34,30	13,00
	avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
08142	unilatérale	22,76	15,26
08143	bilatérale	34,30	20,26

		L R = 7	C R = 1
08199	radiographie d'une pièce biopsique	20,85	4,25

AVIS : *Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est* ***obligatoire****.*

Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est mis en place

AVIS : *Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique.*

- *facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement* ***où l'interprétation a été effectuée***
- *inscrire un «A» dans la case C.S.*
- *préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*
- *inscrire le code de l'établissement* ***où la technique a été effectuée*** *dans la case prévue à cet effet.*

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».

	diagnostique sans examen clinique		
08048	unilatérale.	22,76	6,50
08049	bilatérale	34,30	13,00
	diagnostique avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
08070	unilatérale.	22,76	15,26
08071	bilatérale	34,30	20,26

		L R = 7	C R = 1
	clichés supplémentaires		
08072	unilatéral *(*)*	20,85	6,50
08073	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).		
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
08078	unilatérale *(*)*	22,76	6,50
08079	bilatérale *(*)*	34,30	13,00
08081	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		
08103	unilatéral *(*)*	20,85	6,50
08104	bilatéral *(*)*	34,30	13,00
08105	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)		

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.*

		L R = 7	C R = 1
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
08134	unilatérale *(*)*	22,76	6,50
08135	bilatérale *(*)*	34,30	13,00
	clichés supplémentaires		
08129	unilatéral *(*)*	20,85	6,50
08130	bilatéral *(*)*	34,30	13,00
08131	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)		
08099	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 essentielle.*

08144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agrée 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 complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc *(*)*		45,00
	NOTE: Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage		
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie		
08145	unilatérale.		6,50
08146	bilatérale		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.*

C
R = 1

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)

08401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	100,00
08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	91,94
08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	48,00
08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément.	60,00
08404	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
08405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	40,00
08406	Lymphographie unilatérale	50,00
08407	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

08408	non sélective	30,00
08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	30,00
	sélective avec quantification par moyen objectif:	
08410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	13,44
08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	13,44
08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	23,44
08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	11,44
08414	sélective carotidienne, unilatérale	36,00
08415	sélective vertébrale, unilatérale	35,00
	périphérique, membres inférieurs	
08416	unilatérale	30,00
08417	bilatérale	60,00
08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	33,69
	Angiographie coronarienne	
08419	unilatérale	40,00
08420	bilatérale	80,00
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	21,34
08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	39,49
08423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée	30,00
08424	Lymphographie, unilatérale	29,23

		C R = 1

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

08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,68
08259	sans injection de substance de contraste	31,68

Cou

08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08261	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 »)

08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08263	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 »)

08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08265	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 »)

08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	89,90
08256	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 »)

08266	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 »)	
08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	85,38
08269	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 coupoles diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.	
	Rachis	
08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	54,00
08275	sans injection de substance de contraste.	46,00
	Extrémités	
08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,00
08277	sans injection de substance de contraste.	31,00
	Tarif de révision en tomodensitométrie:	
08257	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie.	15,00

C
R = 1

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit:

- Imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

08570	Tête	106,26
08571	Cou	106,33
08572	Thorax	133,63
08573	Abdomen	133,63
08574	Pelvis	133,63
08575	Extrémités	106,33
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	99,19
08577	deux segments	124,60
08578	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:

08579	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.

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste qui en fait la demande une copie des manuels et brochures qui le concernent.

9.1.1 COMMANDE

Le médecin peut obtenir des copies supplémentaires ou des copies d'autres manuels moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

9.1.2 MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et brochures de la Régie sont maintenant disponibles sur le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et même imprimer les pages désirées. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DISPONIBLES *

	Numéro
Manuel des médecins spécialistes	**150**
Brochure n° 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, Protocoles d'accord et Décrets	**154**
Brochure n° 2 - Médecins spécialistes -Salariat, Honoraires forfaitaires et Vacation	**155**
Brochure n° 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	**156**
Brochure n° 4 - Médecins spécialistes - Mesures particulières	**157**
Brochure n° 5- Médecins spécialistes - Rémunération mixte	**158**
Services de laboratoire en établissement (S.L.E.)	**170**
# Liste de médicaments	**440**
Manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique	**280**
Liste des appareils suppléant à une déficience physique	**470**
Manuel du programme d'aides pour les handicapés visuels	**300**
Manuel du programme d'aides auditives	**290**
Manuel de facturation informatisée destiné aux développeurs de logiciels	**330**

***** *Cette liste n'est pas exhaustive*

9.2 FORMULAIRES

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste qui en fait la demande une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

9.2.1 DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE *(Formulaires n° 1200 et n° 1063)*

Le médecin qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence du 1er avril au 31 mars.

Toute demande au delà de cette limite sera tarifée à 34,32 $ le mille, taxes incluses. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte.

Seules les commandes formulées par le médecin lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à cette date. Sur la première ligne de l'étiquette, à droite, on peut lire :

Qxxxxxx Cxxxxxx

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;
C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1er avril précédent.

9.2.3 COMMANDE

Pour commander des formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

9.2.4 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure sur le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et même les imprimer. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

9.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	**3003**
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	**3006**
Mandat des professionnels de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de leurs honoraires à l'ordre d'un tiers	**3004**
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement	**3005**
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Déclaration d'assurance hospitalisation - Demande de paiement	**3716**
Demande d'autorisation de paiement (médicament d'exception ou programme patient d'exception)	**3633**

Numéro

Demande d'autorisation pour des services de laboratoire au Canada et hors du Canada **3775**

Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(Voir Brochure no 2)* . **1216**

Demande de paiement - Médecin *(Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3)* **1200**

Demande de paiement - Vacation *(Voir Brochure n° 2)* **1215**

Demande de remboursement à la personne assurée *(Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3.4)* **1800**

Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation du Québec - en continu *(Voir manuel « Services de laboratoire en établissement »)* **1606**

Demande de paiement - Rémunération mixte *(Voir Brochure n° 5)* **3743**

Demande de remboursement des frais de déplacement *(Voir Brochure n° 2) (Voir onglet Frais de déplacement et de séjour)* **1988**

Demande de remboursement des mesures incitatives *(Voir Brochure n° 3)* **3336**
- Enveloppes pour demande de remboursement **3550**

Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle *(Voir page 6 de la présente section)* **2904**

Demande de révision ou d'explication. **1549**

Document complémentaire - Considération spéciale **1944**
(Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3.2.4.1)

Feuille d'activité - Bénéficiaire **3402**
(Salariat, vacation ou Honoraires forfaitaires Brochure n° 2)

Réclamation - hors province. **2688**

FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION INFORMATISÉE

Demande d'accréditation - facturation informatisée **2404**

Description du système de facturation informatisée **2102**

Mandat - Agence de traitement de données. **2788**

Renseignements à fournir pour la facturation informatisée **2746**

		Numéro
	AUTRES FORMULAIRES	
#	Autorisation de paiement par dépôt direct	**2914**
	Avis de remplacement - Médecins spécialistes	**3121**
	Commande de formulaires	**1491**
	Invitation du directeur régional de la santé publique	**3234**
#	Demande de prestations - Assurance invalidité	**3912**
#	Demande initiale - Invalidité	**3913**
#	Rapport d'évolution - Invalidité	**3914**

DEMANDE DE REMBOURSEMENT RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ (n° 2904)

0000

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
relative à l'assurance responsabilité professionnelle

À L'USAGE DE LA RÉGIE

Identification du professionnel

NOM	PRÉNOM	NUMÉRO AU COMPLET (7 CHIFFRES)

Contrat d'assurance

NUMÉRO DE CONTRAT	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	CODE COMPAGNIE D'ASSURANCE	PÉRIODE DE LA COUVERTURE DÉBUT ANNÉE	DÉBUT MOIS	DÉBUT JOUR	FIN ANNÉE	FIN MOIS	FIN JOUR	MONTANT TOTAL DE LA PRIME (excluant les autres frais)

01- Assurance Encon Inc.
02- Soc. nat. de gestion d'assurance N.I.M. Inc.
03- Guardian Inc. (Encon)
04- N.I.M. (Encon)
05- Association canadienne de protection méd.
06- Gestas Inc.
07- La Prudentielle
08- Guardian du Canada
09- Binder
10- Lloyd's de Londres
11- Autre

Détail sur la prime payée

PÉRIODE DÉBUT ANNÉE	DÉBUT MOIS	DÉBUT JOUR	FIN ANNÉE	FIN MOIS	FIN JOUR	CODE D'ACTIVITÉ DE L'A.C.P.M.	NOM DE L'ACTIVITÉ A.C.P.M.	MONTANT DE LA PRIME PAYÉE POUR LA PÉRIODE (excluant les autres frais)
							TOTAL	

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel **Joindre les pièces justificatives.**

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande de remboursement sont exacts.	Signature	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR

Faire parvenir les documents à l'adresse suivante :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500 - Succ Terminus
Québec, (Québec) G1K 7B4

Régie de l'assurance maladie
Québec

COPIE DU PROFESSIONNEL

2904 *292 04/01*

- Usage du formulaire

Le médecin spécialiste utilise ce formulaire pour demander le remboursement d'une quote-part de son assurance responsabilité lorsqu'il adhère pour la première fois à l'ACPM. Par la suite, la Régie utilisera les données d'assurance reçues de l'ACPM par télécommunication pour rembourser le médecin. (Voir l'Annexe 9 de l'Accord-cadre dans la Brochure n° 1)

- Instructions de facturation

Section « Contrat d'assurance »

- Inscrire dans les cases prévues à cette fin, le numéro du contrat d'assurance de même que le nom de la compagnie qui assure le professionnel. Inscrire les dates de début et de fin de la période assurée figurant sur le contrat.

- Case MONTANT TOTAL DE LA PRIME : le montant à inscrire dans cette case est le total de la prime d'assurance (excluant la taxe provinciale et les frais d'administration). Il ne s'agit pas du montant que le professionnel croit obtenir en remboursement. La Régie fera le calcul de la quote-part remboursable.

Section « Détail sur la prime payée »

Cette section ne doit être complétée que pour les médecins assurés auprès de l'Association canadienne pour la protection médicale (ACPM). À noter que le code et le nom de l'activité à l'ACPM se réfèrent au genre de travail qui apparaît sur la facturation de l'ACPM.

Ce formulaire doit être signé par le médecin.

- Renseignements généraux

Au moment de faire parvenir le formulaire « Demande de remboursement », il est **extrêmement important** d'y joindre une copie de l'accusé de réception (ACPM) ou de **tout document attestant que la prime a effectivement été acquittée au complet**. Il est à noter que ces documents ne seront pas retournés. S'assurer de la lisibilité des documents expédiés.

Si les renseignements fournis sont incomplets ou s'il manque des pièces justificatives, la Régie se verra dans l'obligation de retourner les documents et le professionnel devra alors présenter une nouvelle demande de remboursement.

Si le professionnel a droit à un remboursement, le montant remboursé paraîtra au sommaire de l'état de compte avec la mention « Remb.ass.resp. » lors d'un paiement régulier.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du formulaire « Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle » (n° 2904), remplir le formulaire « Demande de formulaires » (n° 1491) ou communiquer avec la Régie par le système « INFO-PROF » (Voir page 2).

En aucun cas, la demande ne doit parvenir à la Régie dans le même envoi que les demandes de paiement régulières. Faire parvenir le formulaire dûment rempli, sous pli séparé, à l'adresse indiquée sur celui-ci.