

Department of Health / Ministère de la Santé
Medicare and Physician Services
Assurance-maladie et Services aux médecins
P.O. Box/C.P. 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tel/Tél. (506) 444-3633

Date : Juillet 2018 **Ref./Réf. :**

To/Dest. : Tous les médecins; v.-p., Affaires médicales; v.-p., Finances – régies régionales de la santé (RRS); praticiens recevant le *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*.

Subject/objet : Allocation des honoraires à l'acte pour 2016-2018 et changements liés à la surveillance

Les documents ci-joints (pièces jointes A et B) présentent les changements convenus pour le *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick* en ce qui concerne l'allocation des honoraires à l'acte pour 2016-2018 (pièce jointe A) ainsi que les changements découlant du travail du comité mixte de surveillance de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) et du ministère de la Santé (MS) (pièce jointe B).

Pièce jointe A (allocation des honoraires à l'acte pour 2016-2018) :

Ce document comprend tous les changements liés à l'allocation de l'augmentation négociée de 1 % pour chacune des deux premières années (2016-2017 et 2017-2018) de l'Entente-cadre sur les services de médecin entre le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la SMNB.

Les nouveaux tarifs relatifs à l'allocation 2016-2018 seront rétroactifs, leur date de prise d'effet étant le **1^{er} avril 2017**, ou seront appliqués de façon prospective selon chaque acte indiqué dans la pièce jointe A.

Votre logiciel de facturation devrait être mis à jour d'ici le 16 août 2018, à 8 h 30, date d'entrée en vigueur. Les services Web du Système de facturation à l'Assurance-maladie (FAM) seront mis hors ligne à 8 h le 16 août 2018 afin de procéder aux mises à jour. Une fois les modifications terminées, les services seront de nouveau mis en ligne. Vous ne pourrez pas facturer les nouveaux codes ou montants avant cette date. Après cette date, vous devrez facturer les nouveaux tarifs. ***Aucun autre paiement/ajustement rétroactif ne sera effectué après cette date.*** Si votre logiciel de facturation n'est pas mis à jour avant le 16 août 2018, veuillez communiquer avec le service de soutien aux utilisateurs du système FAM au (506) 453-8274 ou avec le fournisseur de votre logiciel de facturation.

Sauf indication contraire dans la pièce jointe A, les paiements rétroactifs liés aux augmentations de la rémunération à l'acte seront effectués d'ici la fin octobre 2018 pour les services payés pendant la période du 1^{er} avril 2017 au 16 août 2018.

Une note relative aux paiements rétroactifs pour les augmentations du taux horaire à la vacation et des taux du manuel pour les services fournis pendant la période du 1^{er} avril 2017 au 16 août 2018 sera postée séparément.

Pièce jointe B (comité mixte de surveillance de la SMNB et du MS) :

Le comité mixte de surveillance a été créé dans le cadre de l'actuelle Entente-cadre sur les services de médecin afin de traiter les questions liées à la gestion contractuelle pendant la durée de l'entente. Ces questions comprennent la modification du barème des honoraires, l'examen des règles de facturation et d'évaluation ainsi que toute autre question administrative, financière ou économique liée à la relation contractuelle entre les différentes parties concernant les médecins rémunérés à l'acte, les médecins salariés et les médecins payés par un autre plan de financement (APF) ou un autre mode de paiement (AMP). La pièce jointe B renferme les changements convenus.

Conservez cette lettre et les pièces jointes jusqu'à ce que les mises à jour soient effectuées dans le *Manuel des médecins* et en ligne.

VEUILLEZ REMETTRE AU PERSONNEL RESPONSABLE DE LA FACTURATION UNE COPIE DU DOCUMENT CONTENANT CES CHANGEMENTS.

Si vous avez des questions au sujet de ces changements, n'hésitez pas à communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick (506) 458-8860 ou avec l'unité des demandes de renseignements des praticiens (506) 444-5860 (anglais), (506) 444-5876 (bilingue).



Michel Léger

Directeur, Assurance-maladie et Services aux médecins

c.c. Société médicale du Nouveau-Brunswick
Équipe interdisciplinaire de règlement des factures d'Assurance-maladie
Assurance-maladie – Admissibilité et Réclamations

PIÈCE JOINTE A

2016-2018

DOCUMENT D'ALLOCATION

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU DOCUMENT CONTENANT CES CHANGEMENTS À VOTRE PERSONNEL DE LA FACTURATION.

1) HAUSSES DES VALEURS UNITAIRES

Hausses des valeurs unitaires à compter du **1^{er} avril 2017**

Spécialités certifiées et non certifiées

Spécialité	Ancienne valeur unitaire	Nouvelle valeur unitaire
Médecine générale – MG – Anesthésie	\$1.52 \$18.04	<i>\$1.52</i> <i>\$18.06</i>
Anesthésie – Générale Anesthésie	\$1.51 \$18.04	<i>\$1.52</i> <i>\$18.06</i>
Chirurgie cardiaque	\$1.14	<i>\$1.14</i>
Dermatologie	\$1.49	<i>\$1.49</i>
Radiologie diagnostique – non certifiée	\$1.34 \$1.01	<i>\$1.34</i> <i>\$1.01</i>
Médecine d'urgence	\$1.52	<i>\$1.52</i>
Médecine interne générale	\$1.14	<i>\$1.16</i>
Médecine de laboratoire (incluant Microbiologie médicale, Pathologie générale, pathologie anatomique)	\$1.13	<i>\$1.14</i>
Chirurgie générale (incluant chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire)	\$1.30	<i>\$1.31</i>
Valeur unitaire générale	\$1.01	<i>\$1.01</i>
Médecine interne (Incluant Gériatrie, Oncologie médicale, Radio-oncologie)	\$1.13	<i>\$1.14</i>
Neurologie	\$1.46	<i>\$1.48</i>
Médecine nucléaire – non certifiée	\$1.39 \$1.04	<i>\$1.39</i> <i>\$1.04</i>
Neurochirurgie	\$2.28	<i>\$2.28</i>
Obstétrique et gynécologie	\$1.36	<i>\$1.38</i>
Ophtalmologie	\$1.18	<i>\$1.19</i>
Chirurgie orthopédique	\$1.29	<i>\$1.29</i>
Otolaryngologie – Cancer de la tête et du cou	\$1.06	<i>\$1.07</i>
Pédiatrie	\$1.44	<i>\$1.45</i>
Physiatrie et réadaptation	\$1.83	<i>\$1.84</i>
Chirurgie plastique	\$1.53	<i>\$1.54</i>

Spécialité	Ancienne valeur unitaire	Nouvelle valeur unitaire
Psychiatrie	\$1.32	\$1.34
Pneumologie	\$1.59	\$1.59
Rhumatologie	\$1.31	\$1.31
Assistance chirurgicale normalisée	\$1.53	\$1.54
Urologie	\$1.26	\$1.27
Clinique sans rendez-vous	\$1.05	\$1.05

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU DOCUMENT CONTENANT CES CHANGEMENTS À VOTRE PERSONNEL DE LA FACTURATION.

2) AUGMENTATION DES UNITÉS

À compter du 1^{er} avril 2017

Code de service	Description	Ancienne unité	Nouvelle unité
1	Visite en cabinet	30	31
7	Examen médical complet	36	38
10	Consultation	50	53
12	Consultation subséquente – dans les 30 jours	31	38
14	Accouchement	395	410
16	Visite pré et/ou postnatales	30	31
19	Soins du bébé normal	30	31
26	Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet	48	53
27	Première visite comportant un examen spécifique	33	36
28	Visite subséquente comportant un examen complet	48	52
29	Autres visites en cabinet	41	44
31	Consultation	85	87
33	Consultation subséquente	66	68
35	Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	71	75
36	Première visite comportant un examen spécifique	47	52
38	Autres visites en cabinet	46	47
41	Consultation	129	131
42	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	98	101
58	Accouchement	480	495
64	Première visite avec examen ophtalmologique complet	45	46
65	Première visite n'exigeant pas d'examen complet	28	29

Code de service	Description	Ancienne unité	Nouvelle unité
66	Autres visites en cabinet sans tests ou actes spéciaux	29	30
69	Consultation majeure	81	82
71	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	51	52
77	Première visite comportant un examen spécifique	42	45
78	Autres visites en cabinet	41	44
81	Consultation majeure ou spécifique	80	83
83	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	50	53
85	Visite en cabinet comportant un examen complet	68	71
86	Visite en cabinet comportant un examen spécifique	52	54
87	Autres visites en cabinet	46	48
90	Visite subséquente exigeant un examen complet	96	102
91	Évaluation du développement neurologique dans les troubles d'apprentissage	225	228
93	Consultation	157	161
94	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	97	101
102	Première visite de patient transféré ou non, exigeant les antécédents complets et un examen détaillé	46	47
103	Première visite n'exigeant pas d'examen complet	34	37
104	Autres visites en cabinet	34	35
107	Consultation majeure ou spécifique	83	85
109	Visite subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	52	54
157	Visite subséquente comportant un réexamen complet	42	50
159	Autres visites en cabinet	40	47
160	Visite subséquente pour réévaluation complète d'un patient déjà référé; autorisée une fois par période de 30 jours	64	65
161	Consultation majeure ou spécifique	99	100
162	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	66	68
203	Première visite comportant un examen spécifique	33	35
282	Autre cas de patient orienté. Examen ophtalmologique complet à la demande d'un optométriste	81	82
288	Première visite comportant l'examen complet qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	45	55
290	Autres visites en cabinet	42	51

Code de service	Description	Ancienne unité	Nouvelle unité
305	Consultation	67	68
306	Consultation subséquente	37	38
307	Visites en cabinet - Première visite, selon la complexité du cas et le temps nécessaire	46	48
308	Autres visites en cabinet	39	44
321	Consultation	212	214
322	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	86	88
333	Électrochocs	42	70
340	Entrevue à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, par quart d'heure	45	53
345	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	47	48
346	Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, ce qui comprend les antécédents complets et un examen médical complet	43	44
347	Première visite comportant un simple examen spécifique	37	38
835	Hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie	485	500
1084	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	45	48
1404	Césarienne	425	471
1406	Accouchement chirurgical, autre que par césarienne	370	561
1413	Naissances multiples, accouchements vaginaux ou par césarienne – par naissance additionnelle, en supplément	205	226
1436	Colpocléisis (Le Fort)	277	304
1454	Myomectomie	277	339
1458	(Hystérectomie) partielle ou sous-totale	239	304
1463	Amputation du col	139	200
1505	Consultation majeure ou spécifique	75	78
1999	Frais de fournitures pour le test de Papanicolaou	9	11
2954	Laparotomie pour traitement postcancéreux ou pour détermination du stade d'une tumeur cancéreuse ovarienne	350	400
8106	Examen en vue d'un aiguillage	30	31
8116	Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet	30	31
8177	Suture de McCall ou culdoplastie de type McCall, en supplément	50	60
8242	Première visite comportant l'examen complet et des explorations diagnostiques chez un nouveau patient qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	64	69

Code de service	Description	Ancienne unité	Nouvelle unité
8243	Première visite en cabinet comportant un examen spécifique	43	48
8244	Visite subséquente comportant un réexamen complet	43	48
8245	Autres visites en cabinet	39	43
8310	Consultation majeure ou spécifique	132	135
8311	Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	72	75
8344	Première visite comportant l'examen complet	79	83
8345	Première visite en cabinet comportant un examen spécifique	53	71
8346	Visite subséquente comportant un réexamen complet	54	70
8347	Autres visites en cabinet	52	67
8701	Césarienne (spéc obs/gyn seulement)	530	568
8702	Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale (spéc obs/gyn seulement)	600	660
8703	Accouchement chirurgical, autre que par césarienne (spéc obs/gyn seulement)	506	550
8720	Visite à l'externe avec rendez-vous	23	28
8730	Visite à l'externe avec rendez-vous	23	29
8732	Visite à l'externe avec rendez-vous	23	102
8733	Visite à l'externe avec rendez-vous	23	34
8736	Visite à l'externe avec rendez-vous	23	29
8760	Visite au bureau comportant un examen complet	73	79
8761	Visite au bureau comportant un examen spécifique	48	54
8762	Visite subséquente comportant un réexamen complet	48	52
8763	Autres visites en cabinet	49	51
8764	Consultation	141	143
8765	Consultation subséquente	110	112
8989	Rotations en médecine générale (RAA et salariés)	147	150
8990	Rotations des groupes de spécialité (RAA et salariés)	147	150
8997	Deuxième appel	147	150
8992	Rotations dans les prisons provinciales	147	150

3) **SERVICE DE GARDE AUTORISÉ**

À compter du 1^{er} avril 2017, le taux de **148,47 \$** pour tous les programmes de **garde autorisés** passera à **151,50 \$ (150 unités à 1,01 \$)**, sauf pour les foyers de soins (code 8991).

4) PAIEMENTS MANUELS

Tarifs de vacation – À partir du 1^{er} avril 2017, les modifications suivantes s'appliqueront :

a) **Vacation générale :**

Le tarif actuel pour vacation générale de **137,39 \$** l'heure augmentera à **140 \$** l'heure. Cela comprendra les tarifs de vacation pour les unités des anciens combattants, les prisons, les cliniques, les centres de désintoxication, les programmes de médecins hospitalistes (le cas échéant), etc. Ce tarif s'applique aux établissements approuvés par le ministère de la Santé.

b) **Service des urgences/Tarifs pour vacation des hôpitaux régionaux (soins d'urgence) :**

Le tarif pour vacation dans le service des urgences, qui est actuellement de **192,95 \$/heure**, passera à **200,20 \$/heure** pour le service des urgences des hôpitaux régionaux, à l'exception de l'Hôpital régional de Saint John, dont l'APF fournit une augmentation équivalente en pourcentage.

Les hôpitaux régionaux sont :

- Hôpital régional de Saint John
- Hôpital de Moncton
- Centre hospitalier universitaire D^r-Georges-L.-Dumont
- Hôpital régional D^r Everett Chalmers
- Hôpital régional Chaleur
- Hôpital régional de Campbellton
- Hôpital régional de Miramichi
- Hôpital régional d'Edmundston

Le tarif de vacation des services des urgences non régionaux, qui comprend tous les services des urgences autres que ceux énumérés ci-dessus, reste à 192,95 \$ l'heure.

c) **Tarif à la vacation pour l'anesthésie obstétricale :**

Le tarif actuel à la vacation pour l'anesthésie obstétricale de **180,40 \$** l'heure passera à **180,60 \$**.

5) CHANGEMENTS IMPORTANTS LIÉS AUX CODES :

a) **Visite en cabinet pour les personnes âgées : honoraires additionnels à une visite en cabinet (code 1) et changement d'âge**

À compter du 16 août 2018, les visites en cabinet pour les personnes âgées seront dorénavant admissibles pour les personnes âgées de 67 ans ou plus présentant des pathologies multiples, y compris la révision du régime médicamenteux, au besoin. Le code représentera également des honoraires additionnels à la visite en cabinet.

Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément	code 8101	6 unités
Pour l'évaluation de cas complexes chez les personnes âgées de 67 ans ou plus présentant des pathologies multiples, y compris la révision du régime médicamenteux, au besoin		

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Une fois que des pathologies multiples ont été diagnostiquées, le code de visite en cabinet pour les personnes âgées peut être facturé pour des visites ultérieures peu importe la raison de la visite.*

b) Augmentation de l'unité de base en anesthésie et unités modificatrices additionnelles,

- 1) Tous les codes de service avec une **unité de base en anesthésie de 4 augmenteront à 6.**
- 2) Deux nouvelles unités modificatrices seront ajoutées à la section des services d'anesthésie 2.2 :
 - i. **Patient âgé de 80 à 89 ans, 3 unités modificatrices**
 - ii. **Patient de plus de 90 ans, 5 unités modificatrices**

6) NOUVEAUX CODES :

a) Nouveau code pour la neurologie, en vigueur le 16 août 2018 :

Soins aux patients complexes en clinique de consultation externe code **9141** **65** unités

b) Nouveau code pour la médecine générale, en vigueur le 16 août 2018 :

Prise en charge médicale d'une grossesse non viable/non désirée, y compris le suivi de l'hormone bêta-HCG pour :

une interruption médicale de grossesse (avec ou sans succès), ajouter à la visite ou à la consultation initiale code **9142** **18** unités

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les visites effectuées un autre jour sont payables en supplément si elles sont médicalement nécessaires.*

PIÈCE JOINTE B

CHANGEMENTS APPORTÉS PAR LE COMITÉ MIXTE DE SURVEILLANCE DE LA SMNB ET DU MS

VEUILLEZ REMETTRE AU PERSONNEL RESPONSABLE DE LA FACTURATION UNE COPIE DU DOCUMENT CONTENANT CES CHANGEMENTS.

1) Code de service 1898

À compter du 16 août 2018, les anticoagulants seront retirés de la description du service et remplacés par la Warfarine.

2.10 Services divers

a) Non payable en sus lorsque des honoraires de consultation ou de visite s'appliquent :

Warfarine – surveillance du traitement à long terme, par mois (service par téléphone)	Liste C code 1898	12 unités
---	-------------------	-----------

2) Augmentation mammaire bilatérale :

Le libellé est remplacé par Préambule des actes de chirurgie plastique numéro 6 :

6. La chirurgie congénitale plastique commencée avant l'âge de 18 ans pour la correction de malformations est admissible aux prestations. **La correction de l'agénésie, de la dysgénésie ou de la malformation du sein peut être approuvée sur CS pour les patients âgés de 18 ans ou plus.**

De plus, la chirurgie corrective applicable aux conditions suivantes est admissible aux prestations sans limites d'âge :

- difformités de croissance causant une fissure labiale;
- anomalies de croissance;
- chirurgie de gynécomastie pour tumeur ou incapacité fonctionnelle majeure.

3) Abréviations dans le manuel :

Une note sera ajoutée après les abréviations figurant dans le préambule général, au chapitre 3.

UB – Unités de base

CS – Considération spéciale

UD – Unités de durée

HV – Honoraires de visite

+/- – avec ou sans

Note : Les lettres HV accompagnées d'un code de service indiquent que les unités de base facturées doivent être égales aux honoraires de visite appropriés applicables à l'endroit où le service a été fourni (entrée manuelle). Les lettres HV sans code de service indiquent que les unités

de base facturées doivent être égales aux honoraires de visite applicables à l'endroit où le service a été fourni (entrée manuelle).

4) Code de service 1948 :

Au code 1948, « ou intramusculaire » est remplacé par « non intramusculaire ».

Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial,
articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au
besoin, **non** intramusculaire List B code 1948 15 unités

5) Principes de facturation, en vigueur le 16 août 2018 :

Les foyers de soins ont été ajoutés à la partie 1.1 des principes de facturation du chapitre 3 du *Manuel des médecins* :

En ce qui concerne les médecins résidents qui travaillent dans un hôpital ou un **foyer de soins**, les médecins sont admissibles au paiement de services rendus par ces personnes, à condition que celles-ci exercent leurs activités sous la surveillance d'un médecin, et ce, qu'elles soient ou non sur place.

6) Code de visite en cabinet pour le cannabis et clarification de la consultation :

À compter du 16 août 2018, le chapitre 3 du *Manuel des médecins* contiendra un code pour les visites en cabinet liées au cannabis ainsi qu'une clarification des principes régissant la facturation des consultations.

a) Cannabis – visite en cabinet

Pour le traitement et le suivi (utiliser la valeur unitaire
générique de 1,01 \$) code **9143** 46 unités

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ce code NE DÉSIGNE PAS seulement la prescription ou le renouvellement d'ordonnances de cannabis.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Veuillez noter que les médecins doivent facturer le code 9143 lorsque le seul but de la visite est le traitement par cannabis. Veuillez-vous référer au chapitre 3, section 1.1, pour les principes de facturation. Cela s'applique également aux médecins qui sont tenus de soumettre la facturation pro forma.*


b) Une consultation N'EST PAS :

- Une visite ou un service de suivi à un patient lorsque la condition diagnostiquée a été traitée par le consultant/médecin/spécialiste.
- Une visite de suivi subséquente organisée par le consultant (voir les codes de visite indiqués à la section sur les spécialités).
- Pour assurer des soins de routine ou temporaires à des patients en l'absence du médecin.

- Un transfert d'un spécialiste à un autre spécialiste du même domaine pour une poursuite des services.
- Un patient qui a été orienté pour un acte qui n'a pas reçu l'évaluation correcte d'une consultation.
- **Aiguillage vers un cabinet ou vers une clinique spécialisé dans le seul but de prescrire de la marijuana à des fins médicales.**

7) **Nouvelle note de l'Assurance-maladie au code 91 (Examen neurodéveloppemental pour les troubles d'apprentissage) :**

Une note de l'Assurance-maladie est ajoutée au code 91.

 *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 91 est payable une fois par période de 365 jours.*

8) **Clarification du préambule des services d'anesthésie, en vigueur le 16 août 2018 :**

Modification de la formulation et note ajoutée au préambule des services d'anesthésie :


2.1 Préambule des services d'anesthésie

Voir la légende au chapitre 3, section 1.7, pour la description des listes A, B, C et D.

Les honoraires ne s'appliquent qu'aux services professionnels et comprennent :

- Évaluation préanesthésique du risque de l'anesthésie chez le patient, prescription de la médication préopératoire indiquée, administration de toute forme d'anesthésie, de liquides ou de sang nécessaire à une anesthésie ou une intervention chirurgicale, ainsi que surveillance postanesthésique immédiate.
- Manœuvres immédiates de soutien et de réanimation en salle d'opération et/ou en salle de réveil qui sont indiquées par l'état du patient et par les exigences du chirurgien, y compris pour les cas de réanimation d'un bébé accouché par césarienne ou par accouchement opératoire.

Cependant, insertion de canules artérielles (code 778), cathétérisme pour tension veineuse centrale (code 2476), insertion de cathéter de Swan-Ganz (code 1918), Broviac ou Port-A-Cath ou Pas-Port avec un réservoir sous-cutané (code 1883), Broviac ou Port-A-Cath ou Pas-Port (code 1885), insertion d'un cathéter veineux central par ponction de la veine proximale (code 8155) et les codes de l'échocardiographie transœsophagienne 1816, 2980, 2981, 2982, 2966, 2967, 2968, 2969 sont payables en sus.

 *Note de l'Assurance-maladie : L'administration de produits d'anesthésie générale n'est pas considérée comme une procédure opératoire à des fins de facturation et ne relève donc pas des règles 2 et 3 du préambule des actes chirurgicaux du chapitre 6 du Manuel des médecins.*

c) Traitement de toute complication découlant de l'anesthésie dans les 48 heures.

Le tarif des anesthésistes s'obtient en additionnant les unités de base et de durée ainsi que, le cas échéant, les unités modificatrices, et en multipliant la somme par la valeur unitaire.

Pour les actes qui comprennent cinq (≤ 6) unités de base ou moins

Les unités de durée sont calculées en accordant une unité par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie jusqu'à un maximum d'une heure, deux unités par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie jusqu'à un maximum de 4 heures, puis 3 unités par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie pour le reste du temps.

Pour les actes qui comprennent plus de cinq (> 6) unités de base

Les unités de durée sont calculées en accordant une unité par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie jusqu'à un maximum de deux heures, deux unités par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie jusqu'à un maximum de 4 heures, puis 3 unités par tranche de 15 minutes ou moins d'anesthésie pour le reste du temps.

☞ Note de l'Assurance-maladie : La période de temps servant au calcul des honoraires d'anesthésie débute au moment où l'anesthésiste commence à administrer l'anesthésie et se termine quand le patient quitte la salle d'opération pour aller en salle de réveil. Le temps consacré à la préparation du patient avant l'administration de l'anesthésie et le temps consacré à la surveillance du réveil du patient après sa sortie de la salle d'opération n'entrent pas dans le temps servant au calcul des honoraires d'anesthésie (voir chapitre 2, règle d'évaluation 39).

Dans les cas spéciaux où les services de plus d'un anesthésiste sont requis dans l'intérêt du patient, les honoraires sont majorés de 50 % du tarif calculé pour l'acte; chaque anesthésiste reçoit la moitié du total des honoraires.

Quand des interventions chirurgicales multiples ou bilatérales sont pratiquées pendant la même anesthésie, les honoraires d'anesthésie doivent être fondés sur les unités de base de l'acte principal, plus la durée. Quand des actes bilatéraux ou des révisions chirurgicales sont exécutés à des moments **différents** sous des anesthésies **distinctes**, l'anesthésiste a le droit de recevoir le plein montant des honoraires d'anesthésie **générale** pour chaque **séance chirurgicale**.

Dans les cas où aucune valeur n'est indiquée ou si l'acte doit faire l'objet d'une CS, la portion de base de la valeur calculée est celle qui est prévue pour un acte comparable, compte tenu du siège.

☞ Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement pour anesthésie doivent, en plus des détails généralement requis, comporter les éléments suivants :

- 1) *Durée de l'anesthésie*
- 2) *Code de service de l'opération principale ou majeure exécutée*
- 3) *Honoraires facturés par nombre d'unités (unités de base et unités de durée)*
- 4) *La case « nombre de services » et la case « tarif » ou « honoraires » doivent être égales. Lors de la facturation de services d'anesthésie, on doit inscrire 2 dans la case « rôle » de la demande de paiement; cette règle s'applique aux anesthésistes, tant spécialistes que non-spécialistes.*

9) Exception ajoutée à la règle 28 pour les soins de dialyse :

Une exception supplémentaire est ajoutée à la règle d'évaluation 28 du *Manuel des médecins* :

Règle 28 La période postopératoire normale est de 30 jours dans le cas de toute intervention chirurgicale. Il faut toutefois tenir compte des exceptions suivantes :

vi. Soins hospitaliers administrés par un médecin autre que le chirurgien pour les patients dialysés pour insuffisance rénale.

Department of Health / Ministère de la Santé
Medicare and Physician Services
Assurance-maladie et Services aux médecins
P.O. Box/C.P. 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tel/Tél. (506) 444-3633

Date : Juillet 2018 **Ref./Réf. :**

To/Dest. : Tous les médecins; v.-p., Affaires médicales; v.-p., Finances – régies régionales de la santé (RRS); praticiens recevant le *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*.

Subject/objet : Modification du barème des honoraires

Au titre de l'Entente-cadre 2014-2016, la province du Nouveau-Brunswick et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) ont convenu de procéder à une révision du *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*. Les parties travaillent avec leurs représentants pour réviser le manuel, section par section. Plusieurs sections sont terminées, et le travail se poursuit.

Ce travail devait initialement durer cinq ans, mais l'examen a été prolongé jusqu'à la fin de l'actuelle entente-cadre. Vous trouverez dans les **pièces jointes** à la fois les barèmes mis à jour à la suite de l'examen ainsi que les nouveaux barèmes pour les sections dans lesquelles aucun barème n'existait auparavant. Veuillez télécharger le barème qui vous concerne.

Les barèmes d'honoraires suivants ont été révisés ou créés:

Révisé :

- Chirurgie orthopédique
- Neurochirurgie
- Urologie
- Médecine physique
- Obstétrique et gynécologie
- Dermatologie

Nouveau :

- Pathologie
- Électrophysiologie
- IRM cardiaque

Votre logiciel de facturation devrait être mis à jour d'ici le 16 août 2018, à 8 h 30, date d'entrée en vigueur. Les services Web du Système de facturation à l'Assurance-maladie (FAM) seront mis hors ligne à 8 h le 16 août 2018 afin de procéder aux mises à jour nécessaires. Une fois les modifications terminées, les services seront de nouveau mis en ligne. **Vous ne pourrez pas facturer les nouveaux codes ou montants avant cette date.** Après cette date, vous devrez facturer les nouveaux tarifs. Si votre logiciel de facturation n'est pas mis à jour avant le 16 août 2018, veuillez communiquer avec le

service de soutien aux utilisateurs de FAM au (506) 453-8274 ou avec le fournisseur de votre logiciel de facturation.

Des efforts ont été déployés pour s'assurer que toutes les sections incluant des codes qui figurent dans une partie visée par l'examen ont été prises en compte pendant la révision. Dans le cas des services d'anesthésie, de l'assistance chirurgicale ou des chirurgiens collaborateurs, on a demandé aux médecins de vérifier les barèmes révisés ou nouvellement créés afin de déterminer les changements susceptibles de les concerner.

Pour illustrer la collaboration entre les sections pendant la révision, les équipes de médecine physique, de neurologie et d'oto-rhino-laryngologie ont travaillé ensemble pour améliorer le code 176 (Étude de la conduction nerveuse) comme suit :

1) Le code 176 – Étude de conduction nerveuse – se lira comme suit à compter du 16 août 2018 :

Étude de la conduction nerveuse Par nerf périphérique étudié, un nerf mixte (nerf médian sensoriel et nerf moteur) étant considéré comme un seul nerf	Liste B	Code 9001	20 unités
--	---------	------------------	------------------

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 9001, l'évaluation bilatérale pour les nerfs ulnaire, médian et radial est payable.*

Étude comparative du nerf médian (une par membre)	Liste B	Code 9002	20 unités
Onde F (extrémité supérieure unilatérale/bilatérale)	Liste B	Code 9003	20 unités
Onde F (extrémité inférieure unilatérale/bilatérale)	Liste B	Code 9004	20 unités
Onde H (maximum 2)	Liste B	Code 9005	20 unités
Étude du nerf facial (maximum 2)	Liste B	Code 9006	20 unités
Étude du réflexe cornéen	Liste B	Code 9007	20 unités
Étude de stimulation répétée dans le temps (maximum 3)	Liste B	Code 831	40 unités

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les actes spéciaux ci-dessus sont payables au plein tarif lorsqu'ils sont autorisés. Un maximum de dix études de conduction nerveuse peut être facturé par patient et par séance.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9002 se rapporte à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf radial du 1^{er} doigt, à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf palmaire ulnaire du 4^e doigt, ou à toute autre comparaison avec le nerf médian. Cet acte ne peut être facturé qu'une fois par patient, par séance et par membre.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service Onde F partie supérieure et Onde F partie inférieure ne peuvent être facturés qu'une fois chacun par patient et par séance.*


2) **Nouveau code pour oto-rhino-laryngologie** à compter du 16 août 2018 :

Études de conduction nerveuse Étude du nerf laryngé récurrent (max 2)	Liste B	Code 9144	20 unités
--	---------	------------------	------------------

Veillez conserver cette lettre et les pièces jointes qui vous concernent jusqu'à ce que les modifications soient apportées au *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*. Les modifications seront effectuées puis mises en ligne à une date ultérieure.

VEUILLEZ REMETTRE AU PERSONNEL RESPONSABLE DE LA FACTURATION UNE COPIE DU DOCUMENT CONTENANT CES CHANGEMENTS.

Si vous avez des questions au sujet de ces changements, n'hésitez pas à communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick (506) 458-8860 ou avec l'unité des demandes de renseignements des praticiens (506) 444-5860 (anglais), (506) 444-5876 (bilingue).



Michel Léger

Directeur, Assurance-maladie et Services aux médecins

c.c. Société médicale du Nouveau-Brunswick
Équipe interdisciplinaire de règlement des factures d'Assurance-maladie
Assurance-maladie – Admissibilité et Réclamations

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

Voir la légende – Chapitre 3, section 1.7 pour la description des listes A, B, C et D.

Section 1 : Préambule

1. Les greffes osseuses associées à une arthrodèse ne sont pas payables en supplément.
2. Les honoraires des actes englobent l'exérèse du matériel d'ostéosynthèse (fixation interne) pendant la période postopératoire déterminée, à moins qu'elle ne soit motivée par des complications.
3. Les greffes osseuses structurales se limitent à celles qui remplacent l'os manquant, sont porteuses et nécessitent une fixation interne pour les fixer à l'os avoisinant.
4. Les honoraires pour le traitement des luxations et des fractures et pour d'autres interventions majeures portant sur l'appareil locomoteur comprennent l'application préopératoire d'attelles, la première application et un renouvellement d'un plâtre ou d'une attelle, ainsi que l'enlèvement d'un plâtre ou d'une attelle pendant la période postopératoire déterminée.
5. Les honoraires pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle comprennent l'enlèvement pendant la période postopératoire déterminée.
6. Sauf indication contraire, les honoraires pour le traitement d'une fracture s'appliquent aussi à une fracture-luxation.
7. Les honoraires de manipulation ne peuvent être payés en sus des honoraires de fracture ou de luxation.
8. Les honoraires pour la réduction fermée incluent la traction cutanée ou squelettique.
9. La réduction fermée doit être effectuée sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal ou de l'hématome.
10. Les honoraires pour la prise en charge des fractures ouvertes, quelle que soit la méthode de traitement, sont payés à plus de 50 % pour les fractures de type 2 ou plus, selon la classification de Gustilo. Cette disposition ne s'applique qu'au protocole opératoire initial.
11. Une prime de fracture multiple de 115 u est payable si deux fractures ou plus sont prises en charge chirurgicalement au cours d'une même intervention et la description suivante s'applique :
 - Il doit s'agir de deux os différents (ne peut pas être radius/cubitus ni tibia/péroné du même côté);
 - Ne comprend pas l'absence de réduction ou la réduction fermée, ni le plâtre;
 - Ne comprend pas plusieurs os carpiens ou tarsiens du même côté.
12. Un fragment intra-articulaire est défini comme étant d'au moins 1 cm x 1 cm.
13. Lorsqu'une réduction fermée est suivie, le même jour, d'une réduction ou d'un transfert chirurgical, la réduction fermée est payable à 75 %, sauf si elle est effectuée par le même médecin, auquel cas, seuls les honoraires pour le plâtre sont payables.
14. Lorsque le médecin traitant tente une réduction fermée, mais ne parvient pas à obtenir une réduction satisfaisante :
 - La réduction fermée ultérieure qui est facturée par le même médecin est considérée comme étant incluse dans le paiement effectué pour la tentative de réduction antérieure.
 - Une réduction fermée ultérieure effectuée par un autre médecin sera facturée à 100 % et le paiement de la première tentative sera réduit de 50 %.

Section 2 : Classification

• Plâtres et attelles	Section 3
• Os	Section 4
• Articulations	Section 5
• Tendons, ligaments des fascias	Section 6
• Bourses séreuses	Section 7
• Muscles	Section 8
• Injection de toxine botulique (Botox)	Section 9
• Amputations	Section 10
• Colonne vertébrale	Section 11

Section 3 : Plâtres et attelles

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Les écharpes sont non payables selon les codes des plâtres ou des attelles; elles sont comprises dans les honoraires de visite ou de consultation.**

Plâtres – membre supérieur	D	516	23	6
Spica de l'épaule	D	515	77	6
Pied bot, plâtre ou bandage adhésif				
Unilatéral	C	520	23	6
Bilatéral	C	521	38	6
Membre inférieur	D	517	31	6
Pansement rigide (plâtre) post-amputation, supplément		2594	77	UD
Prothèse instantanée, supplément		2595	77	UD
Spica de la hanche	D	518	77	6
Support de plâtre pour fractures, supplément		2596	77	UD
Enlèvement de plâtre (non payable en période postopératoire)				HV
 Attelles ou bandages de stabilisation				
Main, poignet	A	2138	23	
Coude	A	2139	23	
Épaule	A	2140	31	
Sous le genou, incluant le pied	A	2142	23	
Toute la jambe, de la mi-cuisse aux orteils	A	2141	31	
Cou	A	2143	23	
Application de fixateur externe, sans rapport avec la fracture ou le traitement d'arthrodèse	D	504	100	

Section 4 : Os

☞ **Note de l'Assurance-maladie : « Os majeur » désigne fémur, tibia, péroné, humérus, radius, cubitus, bassin, colonne vertébrale et maxillaire inférieure. « Os long » désigne fémur, tibia, péroné, humérus, radius, cubitus.**

Application de fixateur externe pour os long pour le traitement d'une fracture	B	8164	150	6
--	---	------	-----	---

Incision				
Biopsie osseuse				
Biopsie par poinçon				
Vertèbre +/- contrôle radiologique	B	538	138	6
Autres os +/- contrôle radiologique	B	2598	107	6
Biopsie chirurgicale				
Vertèbre	B	539	231	7
Bassin	B	1961	231	6
Autres os	B	1960	77	6
Drainage d'os (ostéomyélite)				
Incision du périoste et drainage	D	2250	76	6
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie (acte isolé)				
Os mineur	D	2248	189	6
Radius et cubitus	D	8165	330	6
Os majeur	D	561	295	5
Fermeture secondaire	D	2601	CS	6
Vertèbres				
Incision et drainage	D	2602	115	5
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie	D	2603	231	5
Ostéotomie (+/- ostéosynthèse)				
Os mineur (p. ex. phalange, métacarpien)	D	2041	218	6
Chaque os mineur supplémentaire	D	2605	161	UD
Os carpien	D	8166	387	6
Cubitus	D	2606	380	6
Radius	D	2607	380	6
Radius et cubitus	D	2608	497	6
Radius distal	D	8167	436	5
Humérus	D	528	421	5
Glénoïde ou omoplate	D	8168	475	5
Clavicule	D	2609	298	5
Péroné	D	8169	198	6
Tibia +/- péroné				
Enfant	D	2612	269	6
Adulte	D	2637	511	6
Fémur	D	2613	528	8
Hanche (perthrochantérienne)	D	8170	552	8
Transfert ou transposition du grand trochanter	D	8178	595	8
Bassin				
Ostéotomie innominée, butée de la hanche, adulte	D	555	660	8
Enfant (≥ 16 ans)	D	8179	623	8
Périoracétabulaire - 3 os – Ganz	D	8180	1284	8
Calcaneus.....	D	8792	383	5
Talus.....	D	8793	291	5
Médiotarsienne.....	D	8794	303	5

Note de l'Assurance-maladie : Les ostéotomies ne sont pas payables en plus des arthroèses au même établissement.

Réparation et reconstruction (ostéoplastie)				
Ostéogénèse par distraction (transport osseux ou allongement du tibia ou du fémur avec fixateur externe)	D	565	788	8
Allongement d'os long (intervention chirurgicale unique)	D	8184	561	8
Ostéotomie d'ouverture du tibia	D	8185	561	8
Ostéotomie d'ouverture du fémur	D	8186	561	8
Raccourcissement d'os long	D	8187	505	8
Raccourcissement du radius ou du cubitus	D	8188	244	6
Raccourcissement du radius et du cubitus	D	8189	452	6
Épiphysiodèse ou verrouillage - tibia ou fémur	D	582	306	5
Tibia et fémur	D	583	430	5
Décollement de l'épiphyse - ostéosynthèse	D	556	496	8
Ostéotomie en coin plus ostéosynthèse	D	557	563	8
Excision (voir aussi « Fractures » et « Amputation »)				
Exérèse des broches percutanées	D	8190	37	6
Incision mineure pour l'exérèse des vis, broches, fils sous anesthésie locale	D	8191	50	6
Incision mineure uniquement pour l'exérèse des vis, broches, fils sous anesthésie générale	D	1963	115	6
Exérèse des dispositifs de fixation interne – plaque et vis	D	475	200	6
Exérèse du clou centromédullaire, vis de blocage incluses	D	8192	265	6
Exérèse du dispositif de fixation de la colonne vertébrale	D	8193	265	8
Exérèse de matériel, bassin	D	8194	265	8
Exérèse des dispositifs de fixation interne – plaque et vis, comprend le débridement pour les infections objectivées	D	8195	302	6
Exérèse du fixateur externe en salle d'opération à l'hôpital	D	8196	71	6
Exostose				
Os mineur	D	1998	196	6
Os majeur	D	2068	212	6
Kyste osseux, curetage et tamponnement				
Phalanges	D	2597	154	6
Os carpien ou tarsien	D	2615	269	6
Radius ou cubitus	D	2616	231	6
Humérus ou tibia	D	598	269	5
Fémur	D	599	385	6
Injection dans un kyste osseux	D	8197	92	6
Insertion de perles ou de pastilles antibiotiques				
Os majeurs	D	833	115	6
Os mineurs	D	834	77	6
Ostectomie (voir aussi « Articulations - reconstruction »)				
Main – phalange	D	2617	115	6
Os métacarpien	D	2618	247	6
Os carpien	D	535	262	6
Avec remplacement prothétique	D	2619	308	6
Excision-fusion du scaphoïde pour poignet présentant un collapsus carpien évolué (SLAC)	D	8198	385	6
Carpectomie de la rangée proximale	D	8199	326	6
Radius				
Apophyse styloïde	D	2620	198	6

Tête	D	531	198	6
Synostose radio-cubitale	D	8200	277	6
Cubitus				
Partie distale	D	534	198	6
Olécrane	D	2622	199	6
Humérus, tête	D	2623	308	5
Clavicule - excision partielle ou totale	D	2830	201	5
Acromion	D	526	219	5
Pied – phalange	D	2626	115	6
Os métatarsien	D	2627	154	6
Tête métatarsienne	D	8201	167	6
Intervention d'Hoffman (4 têtes métatarsiennes)	D	8202	385	6
Sésamoïde	D	8203	139	6
Scaphoïde ou accessoire	D	2628	192	6
Arcade tarsienne	D	2629	308	6
Astragale	D	2630	269	6
Calcaneum	D	8204	269	6
Excision de l'os trigone	D	8205	212	6
Excision de l'éperon calcanéen et dégagement de fascia	D	8206	192	6
Dégagement du fascia plantaire	D	8207	153	6
Excision de la rotule				
Partielle	D	571	254	6
Complète	D	572	396	6
Hanche – tête et col du fémur (Girdlestone)	D	558	353	8
Coccygectomie	D	440	231	6
Excision de l'os hétérotopique pour l'ankylose articulaire, acte isolé	D	8208	506	6
Greffe osseuse				
Greffe osseuse, non associée à une arthrode, supplément		2634	35 %	UD
Augmentation osseuse, allogreffe ou comblement de vide osseux (excluant l'autogreffe), supplément		8209	35	UD

Note de l'Assurance-maladie : Une greffe osseuse comprend l'extraction d'os autogène d'un champ opératoire différent; en conséquence, elle ne s'applique pas au remplissage avec des fragments ou du tissu osseux provenant du même champ opératoire. L'utilisation d'os provenant d'un autre champ opératoire pour lequel une intervention est facturée ne s'applique pas.

Fractures :

Traitement de traction préalable à la réduction ouverte avec fixation externe	D	2017	38	6
Insertion de dispositifs de traction ou de fixation squelettique crânienne	D	1541	250	5
Avec appareil Halo (inclut les réglages)	D	2946	375	5
Réinsertion de dispositifs de traction ou de fixation squelettique crânienne	D	2947	96	5
Stimulateur osseux interne, y compris l'application d'électrodes (n'inclut pas le stimulateur externe si conjointement)	D	1972	231	6

avec l'ostéotomie ou l'application d'une plaque ou d'une greffe : payable à 50 %)

Pseudo-arthrose ou fixation de révision 2 mois ou plus après la chirurgie initiale, y compris l'exérèse du matériel, supplément 8210 35 % UD

Phalanges des membres supérieurs

Phalangette

Sans réduction, une ou plusieurs	D	2648	31	
Réduction fermée	D	2649	62	6
Réduction fermée et embrochage	D	8218	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2650	230	6

Phalangine ou phalange

Sans réduction, une ou plusieurs	D	2651	32	
Réduction fermée	D	2652	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2653	230	6
Réduction fermée et embrochage	D	8219	115	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2654	75 %	UD

Fracture-luxation de Bennett

Réduction fermée	D	2655	77	6
Réduction fermée et embrochage	D	8220	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2656	247	6

Os métacarpiens

Sans réduction, une ou plusieurs	D	2657	31	
Réduction fermée	D	2658	62	6
Réduction fermée et embrochage	D	8221	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2659	238	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2660	75 %	UD

Os carpiens, sauf le scaphoïde

Sans réduction, une ou plusieurs	D	2661	77	
Réduction fermée	D	2662	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2663	303	6

Os scaphoïde

Sans réduction	D	2664	92	
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2665	383	6
Excision partielle ou complète	D	2666	192	6
Réduction fermée du radius distal	D	8222	115	6
Réduction fermée du radius distal et changements de plâtre	D	8223	192	6

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8223 comprend trois visites obligatoires dans les 30 jours après l'opération.

Réduction fermée et embrochage percutané du radius	D	8224	192	6
Réduction fermée avec fixation externe du radius distal	D	8225	242	6
Réduction ouverte avec fixation interne du radius distal	D	8226	285	6
Réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture intra-articulaire, radius distal	D	8227	393	6
Radius ou cubitus				
Sans réduction	D	2672	62	

Réduction fermée	D	2673	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2674	262	6
Radius et cubitus				
Sans réduction	D	2675	62	
Réduction fermée	D	2676	115	6
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi	D	2677	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne pour				
l'inclusion de clous flexibles	D	2678	356	6
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi	D	2679	356	6
Radius, tête ou col				
Sans réduction	D	2680	92	
Réduction fermée	D	2681	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2682	290	6
Remplacement de la tête du radius en cas de fracture	D	8228	385	6
Olécrane				
Sans réduction	D	2683	62	
Réduction fermée	D	2684	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2685	314	6
Humérus distal				
Sans réduction	D	2686	77	
Réduction fermée	D	2687	154	6
Réduction fermée et embrochage,				
fracture supracondylienne	D	8229	308	6
Réduction ouverte avec fixation interne supracondylienne				
humérus extra-articulaire	D	2688	369	6
Réduction ouverte avec fixation interne				
de l'humérus intra-articulaire	D	8230	423	6
Réduction ouverte avec fixation interne intercondylienne				
humérus (incluant l'ostéotomie de l'olécrâne et la				
neurolyse du nerf cubital) avec 2 fragments				
articulaires	D	8231	619	6
Plus de 2 fragments articulaires	D	8232	762	6
Remplacement total du coude avec reconstruction du				
condyle (incluant l'ostéotomie de l'olécrâne et la				
neurolyse du nerf cubital)	D	8233	850	6
Humérus, diaphyse				
Sans réduction	D	2692	77	
Réduction fermée	D	2693	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2694	423	5
Clous intramédullaires	D	1839	460	6
Humérus, tubérosité simple				
Sans réduction	D	2695	77	
Réduction fermée	D	2696	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2697	291	6
Humérus, col, fracture en deux parties				
Sans réduction	D	2698	77	
Réduction fermée	D	2699	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2700	383	6
Humérus, fracture en trois ou quatre parties				
(classification NMETI) ou avec luxation de la tête				

humérale				
Réduction fermée	D	2701	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2702	423	6
Hémiarthroplastie avec reconstruction de la tubérosité	D	8234	800	6

Note de l'Assurance-maladie : La classification NMETI doit être incluse dans le champ diagnostique

Omoplate				
Sans réduction	D	2703	46	
Réduction fermée	D	2704	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2705	460	5
Glénoïde (comprend le corps)				
Approche unique	D	8235	555	6
Approche double	D	8236	800	6
Clavicule				
Sans réduction	D	2706	46	
Réduction fermée	D	2707	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2708	286	5
Phalanges des membres inférieurs				
Phalangette				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2709	31	
Réduction fermée	D	2710	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2711	137	6
Phalangine ou phalange				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2712	31	
Réduction fermée	D	2713	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2714	137	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2715	75 %	UD
Os métatarsiens				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2716	31	
Réduction fermée	D	2717	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2718	175	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2719	75 %	UD
Fracture-luxation des articulations tarso-métatarsiennes	D	8237	333	6
Fracture-luxation des articulations tarso-métatarsiennes avec plus de 3 luxations	D	8238	460	6
Os tarsiens sauf calcanéus et talus				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2720	77	
Réduction fermée	D	2721	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2722	269	6
Astragale				
Sans réduction	D	8247	77	
Réduction fermée	D	8248	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	8249	388	6
Calcaneus				
Sans réduction	D	2723	77	
Réduction fermée	D	2724	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2725	461	6

Avec arthrodèse primaire	D	2726	461	6
Cheville				
Sans réduction	D	2728	62	
Malléole interne				
Réduction fermée	D	2729	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2730	222	6
Malléole externe				
Réduction fermée	D	2731	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2732	222	6
Bimalléolaire				
Réduction fermée	D	2733	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2735	350	6
Bimalléolaire avec réduction ouverte avec postérieure fixation interne de la malléole	D	8239	400	6
Péroné				
Sans réduction	D	2736	54	
Réduction fermée	D	2737	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2738	222	6
Vis syndesmotique uniquement (acte isolé)	D	8252	196	6
Fracture du pilon tibial (incluant la réduction ouverte avec fixation interne du péroné et l'arthrotomie de la cheville)				
Deux fragments articulaires	D	8253	490	6
Plus de deux fragments articulaires	D	8254	790	6
Fracture de Tillaux (réduction ouverte avec fixation interne)	D	8255	242	6

Note de l'Assurance-maladie : Sans réduction ou réduction fermée de la fracture de Tillaux à facturer en utilisant les codes de service 2739 ou 2740.

Tibia				
Sans réduction	D	2739	77	
Réduction fermée	D	2740	154	6
Avec traction	D	2734	251	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2741	423	6
Clous intramédullaires	D	1840	460	6
Fracture du plateau tibial incluant l'arthrotomie du genou				
Plateau tibial médian ou latéral	D	8256	445	6
Plateau tibial médian et latéral	D	8257	710	6
Révision avec quille, remplacement total du genou incluant la fixation de la fracture du plateau tibial	D	8258	1037	11
Rotule				
Sans réduction	D	2742	77	
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2743	299	6
Patellectomie				
Partielle	D	2744	254	6
Totale	D	2745	396	6
Fémur, corps ou transcondylienne				
Réduction fermée				
Enfant	D	2748	192	6

Avec clou flexible	D	8240	350	6
Adulte	D	2749	269	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2750	475	8
Clous intramédullaires	D	1838	572	8
Clous intramédullaires céphalomédullaires	D	8276	600	8
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou	D	8277	670	11
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou avec changement du polyéthylène de l'insert de postéro-stabilisation pour accéder au clou	D	8278	800	11
Réduction ouverte avec fixation interne du fémur distal intra-articulaire, incluant arthrotomie				
Fémur distal monocondyalaire	D	8279	628	8
Fémur distal bicondyalaire	D	8280	760	8
Fémur, col ou intertrochantérienne				
Réduction fermée	D	2752	269	6
Réduction ouverte avec fixation interne, embrochage à l'aveugle (par abord de Smith-Peterson, Knowles)	D	2753	350	8
Réduction directe avec fixation interne (p. ex. : vis et plaque latérale de compression)				
D	2754	510	8	
Fracture de la tête articulaire fémorale (fracture de Pipkin)				
Réduction ouverte avec fixation interne	D	8281	850	8
Fémur, remplacement de la tête - hanche monopolaire ou bipolaire	D	2755	568	8
Tronc				
Bassin - sans réduction – maximum	D	2756	77	
Un ou plusieurs os – réduction fermée par manipulation, suivie d'une suspension ou d'une traction	D	2757	231	6
Réduction fermée et application d'un fixateur externe	D	8282	390	8
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure ou postérieure	D	2758	605	8
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure et postérieure	D	8283	905	10
Fixation percutanée de l'articulation sacro-iliaque	D	8284	717	8
Acétabulum +/- luxation				
Réduction fermée	D	2759	231	6
Réduction ouverte avec fixation interne				
Fracture d'un pilier (acte isolé)	D	2642	906	8
Fracture de deux piliers (acte isolé)	D	2643	1381	8
Deux piliers – abord à deux appareils extenseurs	D	8285	1812	13
Remplacement total de la hanche pour une fracture de pilier acétabulaire	D	8286	1247	13
Remplacement total de la hanche pour une double fracture du pilier acétabulaire	D	8287	1722	13

Fracture de la paroi antérieure ou postérieure (acte isolé)	D	2760	607	8
Colonne vertébrale				
Coccyx, sans réduction	C	2761	77	
Sacrum, sans réduction	C	2762	77	
Corps vertébral				
Sans réduction	C	8250	77	
Réduction fermée avec traction avec un appareil				
Halo ou un étrier	C	2766	222	10
Instrumentation postérieure pour fracture	D	2767	862	10
Côtes (1 ou plus)				
Sans réduction	C	2770	HV	
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2747	342	8
Sternum				
Sans réduction	C	2771	HV	
Réduction fermée	D	2772	46	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2773	342	8
Soin des plaies				
Fracture ouverte de type II ou plus (Gustilo) en plus du traitement de la fracture (en préambule), supplément		8288	50 %	UD
Fermeture secondaire d'une plaie ouverte sous anesthésie générale	D	8289	150	6
Débridement de plaie	D	8290	104	6
Changement de pansement :	D	8291	77	6

Note de l'Assurance-maladie : Payable uniquement lorsqu'elle est effectuée par un médecin praticien en salle d'opération sous anesthésie générale ou régionale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal. Nécessite une évaluation de la plaie et un changement de pansement et peut inclure un traitement par pression négative (VAC). Code de débridement de plaie 8290 non payable en plus de la suture de la plaie principale.

Traumatismes crâniens				
Traitement non chirurgical				HV
Élévation de fracture crânienne avec enfoncement ou esquillectomie sans pénétration durale (simple)	D	414	231	10
Débridement et fermeture de blessure cranio-cérébrale ouverte avec traitement de lacération du cerveau, réparation de dure-mère, crâne et cuir chevelu	D	415	462	11
Craniectomie avec évacuation d'hématome intracrânien, extradural ou sous-dural	D	416	462	11
Cranioplastie, fermeture de défaut crânien avec tout matériau (métallique, plastique ou osseux)	D	417	308	11
Décompression sous-temporale	D	418	308	11
Os faciaux				
Fractures du maxillaire inférieur – sans réduction				HV
Embrochement interdentaire et intermaxillaire	D	423	154	8
Réduction et immobilisation de fracture simple ou compliquée, unilatérale ou bilatérale	D	417	308	11

Embrochage du squelette, fils en circonférence de la mandibule, attache d'attelle de Gunning ou de dentier	D	2229	231	8
Réduction ouverte avec fixation interne, intermaxillaire	D	426	357	8
Bilatérale	D	427	500	8
Mandibule, incision ou résection				
Ostéotomie mandibulaire – malocclusion	D	2440	308	6
Bilatérale	D	1700	539	6
Prognathie et micrognathie – double résection du maxillaire inférieur, en une ou plusieurs étapes	D	2230	616	10
Tumeurs – énucléation, résection				
Résection partielle de la mandibule	D	2231	231	10
Avec greffe osseuse	D	2232	346	10
Hémimandibulectomie	D	2233	308	10
Greffe osseuse à la mâchoire ou au visage				
Autologue	D	2234	308	10
Non autologue	D	2235	231	10
Fractures du maxillaire – sans réduction				
Fracture de Le Fort I – réduction et attaches dentaires comprenant fils en circonférence	D	2236	154	12
Immobilisation cranio-faciale externe	D	2237	385	12
Fracture de Le Fort II et III – suspension faciale	D	428	385	12
Fracture de Le Fort III compliquée, avec tamponnement antral, suspension, etc.	D	2238	462	12
Fractures d'os malaire – sans réduction				
Élévation simple	D	2239	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne avec broches, fils de Kirschner	D	2240	231	8
Fractures maxillo-orbitaires - réduction ouverte avec fixation interne avec antrostomie et tamponnement				
	D	2241	269	8
Fractures naso-orbitaires				
Aucune réduction			HV	
Réduction fermée	D	420	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	421	154	6
Exérèse de dispositifs d'immobilisation de fractures				
Suspension faciale	D	429	100	6
Dispositif intermaxillaire	D	2003	38	6

Note de l'Assurance-maladie : L'exérèse de dispositifs n'est pas payable pendant la période postopératoire normale.

Os du visage – autres actes				
Ostéotomies – os du visage (inapplicable aux fractures)				
Os malaire (maxillaire 7)	D	1703	582	15
Ostéotomie et avancement de la partie inférieure du maxillaire supérieur (Le Fort I),				
Incluant greffes osseuses	D	1704	582	15
En deux segments	D	1705	769	15

En trois segments ou plus	D	1706	910	15
Ostéotomie et avancement maxillaires (Le Fort II), incluant greffes osseuses	D	1707	910	20
Avancement maxillaire total (Le Fort III), incluant greffes osseuses	D	1708	1219	25
Correction d'hypertélorisme				
Par voie extracrânienne	D	1709	1151	25
Par voie intracrânienne	D	1710	1546	25
Maxillectomie - partielle ou complète	D	2096	500	12
Avec exentération orbitale	D	2097	650	12

Section 5 : Articulations

Note de l'Assurance-maladie : Une luxation est chronique si elle dure plus de 21 jours.

Interventions ouvertes pour les luxations articulaires

Manipulation d'une articulation majeure (épaule, hanche, coude, genou) sous anesthésie générale	D	2145	58	6
Avec aspiration et/ou injection – intervention isolée	D	2671	73	6
Doigt, pouce				
Fermée	D	507	23	6
Chirurgicale	D	508	200	6
Articulation métacarpo-phalangienne – chirurgicale	D	2774	200	6
Poignet, os carpiens				
Fermée	D	505	115	6
Chirurgicale, aiguë	D	506	324	6
Chirurgicale, chronique	D	8259	512	6
Instabilité radiocarpienne				
Simple, réparation unique du poignet	D	8292	239	6
Étendue, réparations multiples	D	8293	478	6
Instabilité radio-cubitale distale	D	8294	379	6
Coude				
Fermée	D	503	54	6
Réparation chirurgicale incluant la neurolyse	D	2775	154	6
Réparation aiguë d'un ligament	D	8295	262	6
Réparation aiguë de plusieurs ligaments	D	8296	442	6
Réparation de plusieurs ligaments et réduction ouverte de la coronoïde	D	8297	562	6
Application d'un fixateur externe articulé, facturable en plus de la fracture, supplément		8298	200	UD
Luxation de la tête du radius				
Aiguë	D	8299	180	6
Chronique	D	8300	283	6
Épaule				
Fermée	D	502	54	6
Chirurgicale	D	2776	343	6
Traitement chirurgical de luxation chronique				

de plus de 21 jours	D	8328	539	6
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure				
Réparation de tissu mou	D	525	431	6
Réparation de l'os (procédure Latarjet)	D	8260	581	6

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8260 inclut le code de service 525.**

Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule postérieure	D	8329	557	6
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure et postérieure	D	8330	657	6
Ostéotomie de la glénoïde postérieure	D	8331	453	6
Révision après chirurgie gléno-humérale antérieure pour instabilité, supplément		8332	30 %	UD
Articulation acromio-claviculaire				
Fermée	D	500	46	6
Aiguë avec fixation par broches	D	2777	159	6
Chirurgicale, instabilité aiguë	D	501	253	5
Deuxième reconstruction de l'articulation acromio-claviculaire avec prothèse de renforcement ligamentaire, supplément		8419	77	UD

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8419 s'ajoute au code de service 501 uniquement.

Réparation chirurgicale d'une lésion chronique, incluant toutes les réparations de ligament	D	2806	341	6
Réparation chirurgicale d'une lésion chronique, incluant augmentation allogreffe ou autogreffe	D	8795	450	6
Réparation chirurgicale avec plaque à crochet (acte isolé)	D	8796	286	6
Articulation sterno-claviculaire				
Fermée	D	499	38	6
Chirurgicale, aiguë	D	2778	308	5
Chirurgicale, chronique	D	8333	372	6
Articulation interphalangienne des orteils				
Fermée	D	2779	23	6
Chirurgicale	D	2780	191	6
Chaque articulation supplémentaire	D	8334	68	UD
Articulation métatarso-phalangienne des orteils				
Fermée	D	8388	23	6
Chirurgicale	D	8389	191	6
Chaque articulation supplémentaire	D	8390	68	UD
Articulation mi-tarsienne				
Articulation naviculaire-cunéiforme, talo-naviculaire ou calcanéocuboïdienne				
Fermée	D	512	115	6
Chirurgicale	D	513	278	6
Tarso-métatarsienne (Lisfranc)				
Fermée	D	8391	62	6

Réduction fermée et embrochage	D	8392	115	6
Chaque articulation de Lisfranc supplémentaire	D	8393	50	UD
Réduction chirurgicale avec fixation interne	D	8394	333	6
Réduction chirurgicale de plus de deux luxations	D	8395	460	6
Réduction opératoire du pied de Charcot, incluant le médiotarsien	D	8396	700	6
Traitement de la difformité du pied dite de Charcot, incluant les malformations des articulations de Lisfranc et médiotarsiennes avec réduction ouverte avec fixation interne +/- ostéotomie, allongement du tendon d'Achille et traitement des tissus mous (acte isolé)	D	8397	1175	6
Cheville				
Fermée	D	2781	115	6
Chirurgicale	D	2782	278	6
Réparation d'un ligament de la cheville	D	8348	256	6
Réparation de plusieurs ligaments de la cheville	D	8349	379	6
Rotule				
Fermée	D	511	54	6
Réparation de luxation, aiguë	D	2783	269	6
Réparation de luxation récidivante	D	8405	382	6
Réparation du ligament patello-fémoral médian	D	8406	456	6
Ostéotomie du tubercule tibial	D	8407	436	6
Genou				
Fermée	D	1949	154	6
Chirurgicale	D	1959	315	6
Instabilité du genou, une réparation primaire de ligament collatéral	D	8408	345	6
Instabilité du genou, une reconstruction de ligament collatéral	D	8409	416	6
Instabilité du genou, deux réparations primaires de ligament collatéral	D	8410	504	6
Instabilité du genou, deux reconstructions de ligament collatéral	D	8411	704	6
Réparation primaire postéro-latérale	D	8412	345	6
Reconstruction postéro-latérale	D	8413	533	6
Réparation du ligament croisé antérieur	D	8414	345	6
Reconstruction du ligament croisé antérieur	D	8415	533	6
Reconstruction du ligament croisé postérieur	D	8416	708	6
Réparation du ligament croisé postérieur ou rattachement de l'avulsion osseuse	D	8417	417	6
Réparation des ligaments croisés antérieur et postérieur	D	8418	992	6
Hanche				
Fermée	D	509	154	6
Chirurgicale	D	510	308	8
Hanche, luxation congénitale				
Réduction fermée				
Unilatérale	D	2784	154	6
Bilatérale	D	2785	231	6
Réduction fermée avec ténotomie d'adducteurs				
Unilatérale	D	553	231	6
Bilatérale	D	554	308	6

Réduction chirurgicale	D	551	385	8
Avec opération de Koenig	D	552	462	8
Articulation sacro-coccygienne, non chirurgicale	C	2788	HV	
Colonne vertébrale - voir « Articulations - excision » et « Articulations - arthrodèse »				
Articulations temporo-mandibulaires	D	2244	23	6

Arthroscopie

Note de l'Assurance-maladie : Des honoraires ne peuvent pas être réclamés lorsqu'une intervention thérapeutique ouverte ou arthroscopique subséquente est réclamée pour la même articulation. Seulement 1 code primaire et 1 code secondaire peuvent être facturés.

Arthroscopie de l'épaule				
Arthroscopie diagnostique				
L'arthroscopie, incluant l'excision de la plica et de la bourse de l'épaule (articulation gléno-humérale) avec intervention thérapeutique incluant le débridement, l'exérèse des souris articulaires symptomatiques, le perçage par de multiples voies de travail.	D	8451	299	6
<i>Stabilisation arthroscopique de la luxation acromio-claviculaire</i>				
<i>Utilisation de l'augmentation allogreffe ou autogreffe pour un cas chronique, supplément</i>		8797	100	UD
Excision arthroscopique de la clavicule distale	D	8453	289	6
Acromioplastie arthroscopique	D	8454	289	6
Acromioplastie arthroscopique et excision de la clavicule distale par une voie distincte	D	8455	425	6
Stabilisation gléno-humérale antérieure	D	8456	515	6
Stabilisation gléno-humérale postérieure	D	8457	515	6
Stabilisation gléno-humérale antérieure et postérieure	D	8458	675	6
Réparation antérieure/postérieure du labrum supérieur	D	8459	436	6
Stabilisation gléno-humérale et réparation antérieure/Postérieure du labrum supérieur	D	8460	675	6
Ténodèse arthroscopique du tendon du biceps	D	8461	515	6
Dégagement arthroscopique pour l'arthrofibrose	D	8462	515	6
Réparation de la coiffe des rotateurs en une rangée avec deux ancrs de suture pour acromioplastie avec dispositif de segmentation (allogreffe ou autogreffe), acte isolé	D	8463	675	6
Réparation de la coiffe des rotateurs sur deux rangées avec au moins trois ancrs de suture ou sutures de convergence, incluant l'acromioplastie	D	8464	675	6
Réparation/reconstruction de la coiffe des rotateurs avec dispositif d'augmentation (allogreffe ou autogreffe), incluant l'acromioplastie.	D	8465	750	6
Révision de la réparation de la coiffe des rotateurs incluant l'acromioplastie, supplément		8466	35 %	UD

Reconstruction de la capsule supérieure pour une déchirure massive de la coiffe	D	8467	675	6
Interventions secondaires par des voies distinctes				
Avec acromioplastie, supplément		8468	77	UD
Avec excision de la clavicule distale par une incision distincte, supplément		8469	77	UD
Avec ténodèse ou ténoplastie du tendon du biceps, supplément		8470	77	UD
Arthroscopie du coude				
Arthroscopie diagnostique	D	8442	302	6
Synovectomie partielle et/ou ablation des souris articulaires symptomatiques	D	8443	376	6
Embrochage de fracture ostéocondrale	D	8444	596	6
Synovectomie complète des compartiments antérieur et postérieur	D	8445	655	6
Débridement de l'articulation trochléo-cubitale ou radio-capitulaire, incluant tous les os et les tissus mous	D	8446	425	6
Débridement de l'articulation trochléo-cubitale ou radio-capitulaire	D	8447	500	6
Ostéochondroplastie avec dégagement de contracture avec résection d'os dans la fosse coronoïde, résection de la coronoïde, dégagement de la contracture antérieure, dégagement de la pointe de l'olécrane, résection d'os dans la fosse olécrânienne et dégagement de la capsule postérieure.	D	8448	714	6
Arthroscopie du poignet				
Arthroscopie diagnostique	D	8471	207	6
Synovectomie partielle ou exérèse des souris articulaires symptomatiques, rasage chondral, synovectomie partielle par plusieurs voies	D	8472	341	6
Synovectomie complète, supplément		8473	77	UD
Ganglionectomie, supplément		8474	77	UD
Dégagement capsulaire, tissus mous, supplément		8475	77	UD
Arthroscopie des articulations médio-carpiennes ou radio-cubitales distales, supplément		8476	77	UD
Réparation de ligament intercarpien, supplément		8477	150	UD
Débridement de déchirure du complexe fibrocartilagineux triangulaire, supplément		8478	77	UD
Réparation du complexe fibrocartilagineux triangulaire et/ou du ligament ulnotriquétral, supplément		8479	150	UD

Note de l'Assurance-maladie : Maximum de deux (2) traitements d'appoint payables à 100 %.

Arthroscopie de la hanche				
Arthroscopie diagnostique	D	8480	407	8
Arthroscopie thérapeutique de la hanche, débridement, exérèse des souris articulaires par plusieurs voies	D	8481	500	8
Excision du labrum	D	8482	600	8

Réparation du labrum	D	8483	682	8
Reconstruction du labrum avec une allogreffe	D	8484	800	8
Ostéoplastie de la tête fémorale	D	8485	682	8
Ostéoplastie du rebord acétabulaire	D	8486	682	8
Réparation des abducteurs de hanche	D	8487	682	8
Bursectomie trochantérienne et résection du trochanter	D	8488	682	8
Intervention chirurgicale secondaire				
Ostéoplastie de la tête fémorale, supplément		8489	200	UD
Ostéoplastie du rebord acétabulaire, supplément		8490	200	UD
Dégagement du tendon du psoas, supplément		8491	77	UD
Bursectomie trochantérienne, dégagement du fascia et résection du trochanter, supplément		8492	200	UD
Excision du labrum, supplément		8493	77	UD
Réparation du labrum, supplément		8494	200	UD
Reconstruction du labrum avec allogreffe, supplément		8495	300	UD

☛ Note de l'Assurance-maladie : Maximum de deux (2) traitements d'appoint payables à 100 %.

Arthroscopie du genou (+/- biopsie)				
Arthroscopie diagnostique	B	1962	139	6
Ménisectomie arthroscopique, genou				
Un ménisque	D	2932	355	6
Sutures méniscales arthroscopiques	D	1841	412	6
Réparation arthroscopique de la racine méniscale	D	8798	500	6
Exérèse arthroscopique de souris articulaire	D	2934	296	6
Section de repli synovial	D	2938	295	6
Ostéochondrite disséquante				
Curetage	D	2939	252	6
Ostéosynthèse	D	2940	412	6
Dégagement d'aile externe de la rotule	D	2941	219	6
Rasage du cartilage de la rotule	D	2942	210	6
Rasage d'un condyle fémoral	D	2943	231	6
des deux condyles fémoraux	D	2944	308	6
Exérèse de corps étranger, crampons, vis ou broches	D	2945	219	6
Chirurgie arthroscopique secondaire, même genou				
Dégagement rétinaculaire latéral, supplément		1779	77	UD
Débridement du condyle fémoral médian, en supplément				
Débridement du plateau tibial, supplément		1781	77	UD
Débridement de l'articulation patello-fémorale, supplément		1782	77	UD
Division des replis synoviaux, supplément		1783	77	UD

☛ Note de l'Assurance-maladie : Une seule chirurgie secondaire, codes de service 1779-1783, est payable en plus d'une chirurgie arthroscopique principale au même genou.

Arthroscopie de la cheville				
Diagnostique	B	8496	217	6

Thérapeutique avec débridement, exérèse des souris articulaires, synovectomie et excision de la lésion de conflit des tissus mous par plusieurs voies	D	2935	294	6
Réparation de l'ostéochondrite du tibia et/ou du talus par perçage ou microfracture incluant le débridement, supplément		8497	77	UD
Embrochage de l'ostéochondrite, incluant perçage ou microfracture, supplément		8498	150	UD
Excision de l'exostose du tibia et/ou du talus, supplément		8499	77	UD
Arthroscopie articulaire sous-talienne, supplément		8500	100	UD

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Maximum de deux (2) traitements d'appoint payables à 100 % au cours d'une même séance.**

Incision (arthrotomie, exploration, débridement, exérèse de souris articulaire)

☞ **Note de l'Assurance-maladie : À facturer comme des actes isolés, et non en conjonction avec d'autres actes.**

Main et doigt	D	2790	152	6
Orteil	D	2791	171	6
Poignet	D	2792	250	6
Coude	D	532	246	6
Arthrolyse du coude	D	8358	714	6
Application d'un fixateur externe articulé, supplément		8359	200	UD
Épaule	D	2793	272	6
Cheville	D	1967	232	6
Genou	D	570	238	6
Arthrolyse du genou et plastie du quadriceps	D	567	421	6
Arthrolyse du genou avec arthrotomie, plastie du quadriceps (lyse des quadriceps) avec allongement en V-Y du mécanisme extenseur	D	8398	714	6
Hanche	D	547	355	8
Articulation sacro-iliaque	D	8399	230	8

Excision

Kyste arthrosynovial	D	398	77	6
Capsulectomie, capsulotomie, synovectomie, articulation digitale ou métacarpo-phalangienne	D	2796	192	6
Chaque intervention supplémentaire, même doigt	D	2797	50 %	UD
Synovectomie, poignet +/- excision de la tête du cubitus	D	2798	269	6
Kyste poplité du genou (Baker)	D	575	271	6
Méniscectomie, genou				
Un ménisque	D	568	251	6
Médiale et latérale	D	569	308	6
Synovectomie, genou antérieur	D	2005	357	6
Synovectomie, genou antérieur et postérieur	D	8741	535	6
Synovectomie de la hanche	D	8742	436	6
Synovectomie de l'épaule	D	8743	401	6

Synovectomie du coude	D	8744	389	6
Synovectomie de la cheville	D	8745	349	6
Ostéochondrite disséquante				
Curetage	D	2800	251	6
Fixation interne	D	2801	308	6
Arthrotomie de la cheville avec ostéotomie de la malléole	D	8746	357	6
Neurectomie, hanche	D	559	269	6
Méniscectomie, articulation temporo-mandibulaire	D	2245	154	6
Condylectomie	D	2246	231	6

Arthroplastie reconstructive (voir ostéotomie)

Articulation de doigt ou pouce, incluant synovectomie et arthroplastie du pouce	D	2317	298	6
Arthroplastie du doigt	D	8690	251	6
Chaque articulation supplémentaire	D	2318	125	UD
Remplacement d'os carpien	D	2619	315	6
Poignet				
Remplacement de la tête cubitale	D	1755	385	6
Remplacement total	D	2799	629	6
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément		8691	115	UD
Révision totale, poignet	D	8692	921	8
Coude				
Remplacement de la tête radiale	D	2621	385	6
Révision totale, incluant l'excision de la tête radiale, la neurolyse du nerf cubital et la réparation du triceps	D	2625	800	6
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément		8693	115	UD
Révision du remplacement total du coude	D	8694	1013	16
Arthroplastie du coude avec distraction	D	8695	714	8
Articulée, supplément		8696	200	UD
Remplacement complet de l'épaule, incluant le composant glénoïdien	D	2805	682	10
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément		8697	115	UD
Hémiarthroplastie	D	8698	568	10

Note de l'Assurance-maladie : L'arthroplastie totale et l'hémiarthroplastie de l'épaule comprennent les réparations mineures de la coiffe, les transferts de tendons, la ténodèse du biceps, la greffe osseuse non structurale et la neurolyse du nerf axillaire.

Révision de l'arthroplastie de remplacement de l'épaule	D	8402	954	10
Remplacement de l'épaule, prothèse totale inversée	D	8699	800	10

Pied et cheville

Orteil en marteau	D	588	115	6
Orteil, incluant Keller, McBride (voir aussi « Ostéotomie »), acte isolé	D	585	192	6
Bunionectomie avec correction des tissus mous, ténotomie, tout compris	D	8902	216	6
Bunionectomie avec correction des tissus mous, ténotomie et ostéotomie distale du premier métatarsien, tout compris	D	8903	273	6
Bunionectomie et ostéotomie proximale du premier métatarsien, ténotomie, tout compris	D	8904	401	6
Arthroplastie de l'articulation métatarso-phalangienne du premier métatarsien	D	8905	259	6
Chéilectomie	D	8906	216	6
Fusion interphalangienne du gros orteil	D	8907	146	6
Ostéotomie d'Akin	D	8908	192	6
Fusion métatarso-phalangienne du gros orteil	D	8909	259	6
Fusion interphalangienne ou interphalangienne proximale du gros orteil	D	8910	142	6
Chevauchement du petit orteil	D	2807	142	6

Reconstruction du pied et de la cheville

Note de l'Assurance-maladie : Pour la section Reconstruction du pied et de la cheville seulement, il n'y a pas de limite au nombre de codes supplémentaires, car certaines de ces interventions requièrent de nombreuses petites interventions effectuées ensemble. Toutes les procédures qui ont été effectuées doivent être documentées dans le rapport d'opération.

Reconstruction du pied creux (comprend l'ostéotomie calcanéenne, le dégagement du fascia plantaire, la fusion du médio-pied, l'ostéotomie métatarsienne)	D	8911	651	6
--	---	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Les codes suivants peuvent être ajoutés à une reconstruction du pied creux lors de son exécution.

Allongement du tendon d'Achille, supplément	8912	96	UD
Réparation du ligament latéral de la cheville, supplément	8913	128	UD
Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, supplément	8914	177	UD

Reconstruction du pied plat (comprend une ostéotomie calcanéenne, le transfert du muscle long fléchisseur des orteils au muscle naviculaire, la fusion du médio-pied, l'ostéotomie)	D	8915	751	6
--	---	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Les codes suivants peuvent être ajoutés à une reconstruction du pied plat lors de son exécution.

Allongement du tendon d'Achille, supplément	8912	96	UD
---	------	----	----

Plicature du ligament ressort, supplément		8916	128	UD
Reconstruction du ligament deltoïde, supplément		8917	128	UD
Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, supplément		8914	177	UD
Bride (incluant les transferts du tibial postérieur au dorsum du pied, du muscle court fibulaire au dorsum du pied, du tibial antérieur au tibial postérieur)	D	8918	706	6

Note de l'Assurance-maladie : Le code suivant peut être ajouté à une intervention de reconstruction de la bride lors de son exécution.

Ténoplastie des fléchisseurs multiples des orteils pour corriger les orteils en griffe, supplément		8919	96	UD
Reconstruction de l'avant-pied (comprend la bunionectomie, l'ostéotomie proximale du 1 ^{er} métatarsien, l'ostéotomie d'Akin, le réalignement des tissus mous)	D	8920	401	6

Note de l'Assurance-maladie : Les codes suivants peuvent être ajoutés à une reconstruction de l'avant-pied lors de son exécution.

Fusion de l'articulation interphalangienne proximale, 2 plus petits orteils ou plus, supplément		8921	109	UD
Réduction ouverte de la luxation du deuxième orteil, supplément (non applicable à la fusion de l'articulation interphalangienne proximale du même orteil)		8922	96	UD
Ostéotomie de Weil d'un métatarsien plus petit, supplément		8923	39	UD
Ténoplasties des extenseurs à deux orteils ou plus, supplément		8924	120	UD
Chirurgie de l'arthrite de la cheville épargnant les articulations (incluant ostéotomie et fixation de la malléole interne, débridement, curetage et microfracture de la lésion ostéocondrale, greffe osseuse et/ou allogreffe cartilagineuse de la lésion ostéocondrale, préparation et fabrication du matériel de l'allogreffe)	D	8925	566	6

Note de l'Assurance-maladie : Le code suivant peut être ajouté à une chirurgie de l'arthrite de la cheville épargnant les articulations lors de son exécution.

Chirurgie de sauvetage pour la nécrose vasculaire du corps du talus (incluant l'ostéotomie malléolaire, la talectomie, la préparation et la fabrication du matériel d'allogreffe, le clou du pied arrière, la fusion de la cheville, la fusion sous-talaire-clou du pied arrière, la préparation et la fabrication du matériel d'allogreffe)	D	8926	888	8
--	---	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Les codes suivants peuvent être ajoutés à la chirurgie de sauvetage pour la nécrose vasculaire du corps du talus lors de son exécution.

Ostéotomie fibulaire, supplément		8927	96	UD
Talectomie, supplément		8928	135	UD
Cheville - remplacement total	D	2809	800	8
Révision avec changement du polyéthylène et débridement osseux	D	8929	800	8
Révision de la cheville complète	D	8930	1296	8
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément		8931	115	UD
Genou, remplacement total	D	1978	682	11
Remplacement unicondylaire du genou	D	8771	682	11
Arthroplastie fémoro-patellaire	D	8772	682	11
Remplacement total du genou avec resurfaçage de la rotule	D	8773	717	11
Remplacement bilatéral du genou pendant la même séance	D	8774	1194	15
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément		8775	115	UD
Révision de la tête modulaire et du revêtement acétabulaire avec synovectomie complète pour l'infection aiguë	D	8776	765	11
Démontage de genou fusionné (acte isolé)	D	8777	1228	11
Révision de l'insert tibial modulaire	D	8778	458	11
Révision de l'insert tibial modulaire avec synovectomie complète pour l'infection aiguë	D	8779	765	11
Révision de l'insert modulaire et bouton patellaire	D	8780	611	11
Révision d'une composante	D	8781	955	11
Révision de deux composantes	D	8782	1228	11
Révision du bouton patellaire	D	8783	436	11
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut unique, supplément		8784	238	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut unique, supplément		8785	238	UD
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut circonférentiel, supplément		8786	833	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut circonférentiel, supplément		8787	859	UD
Allogreffe structurelle en bloc pour fémur distal et tibia proximal, supplément		8788	1004	UD
(Toutes les allogreffes en bloc ci-dessus sont structurelles)				
Révision de 1 ^{er} stade pour infection avec Prostalac ou espaceur	D	8789	982	11
Échange primaire de prothèses pour infection avec deux montages chirurgicaux distincts au cours d'une même séance chirurgicale. La plaie est refermée après la première intervention et le membre est de nouveau préparé et drapé – utilisation de composants de révision sur tige	D	8790	2210	11
Utilisation de la navigation pour l'arthroplastie totale du genou, supplément		8791	50	UD
Transplantation d'allogreffe méniscale, tout compris	D	8449	886	6

Arthroplastie de la hanche

Note de l'Assurance-maladie : Remplacement primaire de la hanche incluant les injections, le dégagement des tendons, l'exploration du nerf sciatique et le remplissage des kystes par greffe osseuse.

Prothèse de la hanche et du fémur uniquement, uni ou				
Bipolaire	D	2786	568	8
Remplacement total	D	2004	682	13
Reconstruction de la cage acétabulaire, supplément		8934	600	UD

Note de l'Assurance-maladie : La reconstruction de la cage acétabulaire s'ajoute à tout code d'arthroplastie nécessitant un remplacement ou une révision acétabulaire, exception faite des fractures.

Remplacement bilatéral des deux hanches pendant la même séance	D	8935	1194	13
Dysplasie de la hanche avec ostéotomie sous-trochantérienne (acte isolé)	D	8936	1228	12
Défusion de la hanche (acte isolé)	D	8937	1228	12
Remplacement de la hanche avec resurfaçage	D	8938	750	13
Révision de la tête fémorale modulaire	D	8939	380	13
Révision de la composante acétabulaire modulaire	D	8940	500	13
Révision de la tête modulaire et du revêtement	D	8941	682	13
Révision du composant fémoral ou acétabulaire	D	8942	955	13
Révision de la tête modulaire et du revêtement acétabulaire avec synovectomie complète pour l'infection aiguë	D	8943	765	13
Révision des deux composantes (acte isolé)	D	8944	1228	13
Greffe par impaction du fémur (pas le grand trochanter), spécialement pour les défauts fémoraux confinés avec tige Exeter, supplément		8945	400	UD
Allogreffe en bloc pour reconstruction fémorale, supplément		8946	400	UD
Autogreffe ou allogreffe en bloc pour arthroplastie acétabulaire, supplément		8947	400	UD
Dispositif d'augmentation métallique pour arthroplastie acétabulaire, supplément		8799	300	UD
Révision de 1 ^{er} stade pour infection avec Prostalac ou espaceur	D	8948	982	13
Échange primaire de prothèses pour infection avec deux montages chirurgicaux distincts au cours d'une même séance chirurgicale. La plaie est refermée après la première intervention et le membre est de nouveau préparé et drapé - utilisation de composants de révision sur tige, sauf Prostalac	D	8949	2210	13

Note de l'Assurance-maladie : Les actes secondaires associés aux remplacements ou aux révisions de la hanche qui sont payables à 50 % sont les suivants : Exploration du nerf sciatique (code de service 1490); Ostéotomie du fémur (code de service 2613); Réduction ouverte avec fixation interne fémur (code de service 2754). La ténoplastie

(codes de service 2309 et 2310) accomplie par des incisions distinctes est payable à 75 %.

Exérèse seulement (acte isolé)				
Non cimentée	D	8400	420	8
Cimentée	D	8401	524	8
Arthrodèse (fusion)				
Interphalangienne	D	8956	236	6
Doigt, pouce - métacarpo-phalangien	D	2813	276	6
Fusion intercarpienne	D	8958	459	6
Poignet	D	533	496	6
Coude	D	530	496	6
Épaule	D	523	496	6
Médiotarsienne	D	8959	382	6
Chaque fusion médiotarsienne supplémentaire, supplément		8960	77	UD
Fusion du pied arrière simple	D	8961	452	6
Fusion du pied arrière double	D	8962	496	6
Fusion du pied arrière triple	D	8963	573	6
Fusion de la cheville et fusion sous-talaire	D	8964	734	6
Fusion pan-talaire	D	8965	827	6
Fusion calcanéo-tibiale	D	8966	465	6
Fusion calcanéo-tibiale et fusion du médio-pied	D	8967	827	6
Cheville	D	584	508	6
Genou	D	574	600	11
Genou après exérèse de la prothèse	D	8968	840	11
Hanche	D	548	777	13
Articulation sacro-iliaque	D	546	717	7
Révision de fusion ou non-union avec greffe osseuse, ostéotomie tout compris, supplément		8969	40 %	UD

Section 6 : Tendons, fascias, ligaments

Incision				
Abcès palmaire				
Anesthésie locale	D	2635	15	6
Anesthésie générale	D	2636	31	6
Ténosynovite aiguë, drainage, soins complets	D	361	92	6
Fasciotomie à plusieurs compartiments pour le syndrome compartimental	D	397	231	6
Exploration d'aponévrose, aponévrotomie	D	396	113	6
Fasciotomie fermée (aveugle)	D	2818	62	6
Fermeture secondaire de fasciotomie	D	8708	104	6
Débridement pour fasciite nécrosante (en salle d'opération seulement)	D	8709	396	8

Note de l'Assurance-maladie : Payable une fois par patient par hospitalisation. Facturer le code 8290 (débridement de plaie sous anesthésie générale) si nécessaire pour un traitement ultérieur lors de la même hospitalisation.

Mesure de la pression du compartiment (max 1)	B	8710	59	6
Exploration de tendon, gaine tendineuse (incluant drainage, exérèse de corps étranger)	D	392	92	6
Dégagement de tendon				
Doigt gâchette	D	394	92	6
Poignet	D	395	92	6
Ténotomie	D	2819	156	6
Ténotomie de la hanche (acte isolé)	D	8711	219	6
Excision de fascia pour fibromatose plantaire	D	8712	259	6
Excision de fascia pour fibromatose plantaire et révision ou greffe de peau	D	8713	336	6
Maladie de Dupuytren, soins complets				
Excision localisée (pas de structures, seulement les nodules palmaires et digitaux)	D	401	154	6
Fasciectomie palmaire (contracture de l'articulation métacarpophalangienne et/ou interphalangienne proximale > 15°)	D	403	462	6
Avec greffe cutanée	D	402	550	6
Aponévrotomie à l'aiguille (contracture de l'articulation carpo-métacarpienne et/ou interphalangienne proximale > 15°)	D	845	462	6

Note de l'Assurance-maladie : Les articulations métacarpophalangienne et/ou interphalangienne proximale doivent être indiquées dans le champ diagnostique de la réclamation.

Note de l'Assurance-maladie : Les soins complets incluent les examens au Doppler peropératoires, les neurolyses et les plasties en Z. Ils sont à ce titre compris dans le tarif.

Excision				
Kyste de gaine tendineuse	D	2821	77	6
Tumeur de gaine tendineuse	D	2822	77	6
Gaine tendineuse pour tuberculose	D	400	231	6
Ténosynovectomie (acte isolé)				
Extenseur	D	2823	176	6
Tendon fléchisseur	D	2824	199	6
Fibrose, gaine tendineuse : de Quervain, etc.	D	399	178	6
Décompression du canal carpien	D	611	158	6
Décompression du nerf cubital au coude, incluant la transposition (acte isolé)	D	8714	306	6
Épicondylite latérale (« coude du joueur de tennis »)	D	1964	231	6
Réparation, reconstruction				
Suture du tendon - main, poignet, pied, cheville (même membre)				
Extenseur				
Un	D	613	175	6
Plusieurs	D	614	231	6
Fléchisseur				

Un	D	615	271	6
Plusieurs	D	616	329	6
Réparation peropératoire de nerf digital ou palmaire, en supplément		2325	115	UD
Suture de nerf mineur, acte isolé	D	2324	154	6
Réparation du tendon				
Biceps, extrémité supérieure	D	619	269	5
Biceps, extrémité inférieure	D	8751	347	5
Triceps	D	8752	347	5
Tendon d'Achille	D	618	269	6
Tendon rotulien	D	2825	313	6
Tendon du quadriceps	D	620	313	6
Réparation tardive de ce qui précède (plus de six semaines), supplément		8753	125	UD
Réparation tardive de ce qui précède par allogreffe ou autogreffe, supplément		8754	150	UD
Ténoplastie : raccourcissement ou allongement, Tendinectomie, tout siège, acte isolé				
Un tendon	D	2309	191	6
Deux tendons ou plus (même membre)	D	2310	240	6
Reconstruction de poulies de tendons fléchisseurs	D	2640	192	6
Insertion de tendon en silastic	D	2307	269	6
Insertion de tige en silastic dans la gaine tendineuse d'un fléchisseur	D	2308	192	6
Pied bot, talus vertical				
Allongement du tendon	D	594	154	5
Plus dégagement métatarsien médial ou capsulotomie postérieure	D	595	400	6
Plus dégagement métatarsien médial et capsulotomie postérieure	D	596	718	6
Transfert, transposition de tendon, ténodèse				
Un	D	2069	353	6
Chaque acte supplémentaire		2070	50 %	UD
Transfert de tendon, orteil plus petit	D	8755	154	6
Transfert tendineux et musculaire, hanche	D	8756	511	8
Réparation de l'avulsion du tendon d'abducteur, hanche (acte isolé)	D	8757	353	8
Greffe tendineuse libre, acte global	D	617	308	6
Dégagement intrinsèque du doigt, acte indépendant	D	2320	154	6
Correction de la déformation en boutonnière	D	2321	154	6
Correction de la déformation en col de cygne	D	2322	154	6
Réparation ouverte de la coiffe des rotateurs, de l'épaule, incluant l'acromioplastie	D	524	428	6
Réparation ouverte de la coiffe des rotateurs pour une déchirure de 4 cm ou plus, incluant l'acromioplastie	D	8758	556	6
Réparation ouverte de la coiffe des rotateurs pour une déchirure de 4 cm ou plus, incluant l'acromioplastie, et dispositif d'augmentation (allogreffe ou autogreffe)	D	8759	682	6
Décollement de l'aponévrose fémorale, allongement				

de la bandelette de Maissiat	D	1968	154	6
Transplantation de doigt, pédicule vasculaire - soins complets	D	2313	500	6
Blessures multiples à la main, p. ex. blessures par tondeuse à gazon ou scie à chaîne comprenant plusieurs structures, soins complets incluant les actes en plusieurs étapes (protocoles opératoires requis), maximum 769 unités	D	2316	CS	6
Réparation de l'amputation traumatique d'un doigt				
De la distale à la métacarpo-phalangienne	D	2006	38	6
Avec greffe cutanée libre, soins complets	D	2007	77	6
Avec greffe pédiculée, soins complets	D	2008	115	6
Suture méniscale (acte isolé)				
Un ménisque	D	578	312	6
Ménisques médiaux et latéraux	D	579	308	6

Section 7 : Bourses séreuses

Excision				
Ganglion ou kyste	D	8873	166	6
Coude - bourse olécrânienne	D	601	131	6
Genou				
bourse prérotulienne	D	602	143	6
kyste poplité (de Baker)	D	8874	271	6
Hanche - bourse trochantérienne	D	2826	174	6
Bourse ischiatique	D	8875	174	6

Section 8 : Muscles

Incision				
Section du scalène antérieur	D	605	231	6
Avec résection de côte cervicale	D	606	308	5
Excision				
Biopsie musculaire	B	607	56	6
Exérèse de corps étranger ou fibrome				
Anesthésie locale	D	2828	77	
Anesthésie générale	D	608	CS	6
Excision de tumeur musculaire	D	609	CS	6
Reconstruction				
Rétraction des gastrocnémiens, unilatérale	D	1969	233	6
Ténotomie du tendon d'Achille, ouverte ou fermée	D	8748	154	6
Quadricepsplastie	D	8749	379	6

Section 9 : Injection de toxine botulique

Visage - unilatérale	C	8135	77	
Autres zones - unilatérale	C	8136	77	

Parmi les autres régions d'injection, on compte :

- le cou
- le bras et/ou l'épaule;
- l'avant-bras et/ou la main;
- la cuisse et/ou le bassin;
- le mollet et/ou le pied;
- le dos entier.

Injections multiples

Lignes directrices concernant les injections multiples pratiquées pour le même patient, au cours de la même séance :

Visage : unilatérales (une injection ou plus) – 77 unités; bilatérales payées à 50 %

Autres régions : unilatérales (une injection ou plus) – 77 unités; bilatérales payées à 75 %

Note de l'Assurance-maladie : Au visage, au cou et dans le dos, les injections bilatérales peuvent être réalisées à une distance de deux ou trois centimètres l'une de l'autre (p. ex. à gauche et à droite du nez – muscles procerus et paraspinaux gauche et droit), et doivent être considérées comme une injection unilatérale plutôt que comme des injections bilatérales.

Note de l'Assurance-maladie : Ce code ne peut être facturé que pour les cas approuvés par l'Assurance-maladie en fonction des indications de Santé Canada.

Section 10 : Amputations

Membre supérieur

Main

Articulation métacarpo-phalangienne ou partie distale				
Une	D	629	150	6
Chaque articulation ou partie distale supplémentaire	D	630	38	UD
Transmétacarpienne, pouce ou doigt				
Une	D	627	294	6
Chaque articulation supplémentaire	D	628	38	UD
Tous les métacarpiens	D	626	408	6
Poignet, désarticulation	D	625	283	6
Avant-bras, au radius et cubitus	D	624	371	6
Coude	D	8894	371	6
Bras, à l'humérus	D	623	400	5
Épaule, désarticulation	D	622	620	9
Inter-scapulo-thoracique	D	621	673	15

Membre inférieur

Pied

Toute articulation ou phalange				
Une	D	640	138	6
Chaque articulation ou phalange supplémentaire		641	50 %	UD
Transmétatarsienne				

Une	D	637	222	6
Deux ou plus	D	638	323	UD
Médiotarsienne	D	8895	331	6
Cheville (opération de Syme)	D	635	408	6
Jambe, au tibia et péroné	D	634	408	6
Cuisse, au fémur	D	633	408	6
Hanche, désarticulation	D	632	1200	10
Inter-ilio-abdominale (du postérieur)	D	631	1200	15
Révision de l'amputation (y compris l'os) au même niveau sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent)	D	8896	50	%
Révision de l'amputation (tissus mous seulement) au même niveau sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent)	D	8897	30	%

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8896 et 8897 ne peuvent être facturés en sus des codes de service de la section 10 ou des codes 2006, 2007 et 2008. Ils doivent être facturés en tant que pourcentage du code d'amputation approprié. Les chirurgiens doivent indiquer sur la demande de paiement le code d'amputation approprié auquel s'applique la révision.**

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8897 ne s'applique pas à une déhiscence de plaie simple.**

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Les anesthésistes doivent utiliser le code de service 8896 ou 8897 avec les unités d'anesthésie du code de service pour l'amputation correspondant.**

Section 11 : Colonne vertébrale

Préambule :

1. Les préambules des sections sur le Système musculosquelettique (chapitre 8) et sur les Interventions chirurgicales (chapitre 6) s'appliquent également à cette section.
2. 1 niveau de colonne vertébrale (un segment de mouvement) est défini comme le disque et le segment osseux adjacent au-dessus et au-dessous.
3. La décompression est définie comme le retrait de la partie anatomique qui provoque la compression des éléments nerveux (exemples de tissus retirés : os, ligament, disque, tumeur ou abcès). Exemples de décompressions : foraminotomie, laminotomie, laminectomie, discectomie.
4. La fusion renvoie à la décortication de matériel biologique et à son utilisation pour immobiliser un segment de mouvement.
5. L'instrumentation est définie comme un dispositif non biologique utilisé pour stabiliser un segment de mouvement ou en favoriser la fusion.

6. La corpectomie est l'ablation de toute la colonne antérieure (corps vertébral) ainsi que des disques situés au-dessus et au-dessous de celle-ci.
7. L'obtention d'os pour la greffe est incluse dans toutes les interventions de fusion et n'est pas payable lorsqu'elle est effectuée dans le cadre d'une intervention de fusion.

Antérieur

Décompression antérieure

Cervicale

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau	D	8810	708	10
Corpectomie, 1 niveau	D	8811	1087	12
Décompression antérieure, abord par voie intrabuccale	D	8812	1305	13

Thoracique et/ou lombaire

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau	D	8813	708	12
Corpectomie, 1 niveau	D	8814	1272	12

Arthrodèse antérieure

Cervicale

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	8815	445	11
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	8816	1081	11
Fusion avec instrumentation, 1 niveau (plaques/vis)	D	8817	795	11
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	8818	1664	12
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveau	D	8819	1393	12
Fixation antérieure de l'odontoïde	D	8820	988	14

Thoracique et/ou lombaire

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	8821	688	9
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	8822	1081	12
Fusion avec instrumentation, 1 niveau	D	8823	1024	12
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	8824	1664	13
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveau	D	8825	1399	13

Antérieur, codes groupés

Dissectomie cervicale antérieure et fusion	D	8826	1393	13
Décompression thoracique ou lombaire antérieure et fusion intersomatique (1 niveau)	D	8827	1378	13

Note de l'Assurance-maladie : Cela comprend les fusions intersomatiques lombaires antérieure, oblique et directe. Si une instrumentation postérieure est ajoutée, elle sera facturée à 75 % (abord distinct).

Corpectomie antérieure et fusion avec cage et fixation	D	8828	1664	14
--	---	------	------	----

Postérieur

Décompression postérieure**Cervicale et/ou thoracique**

1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	8829	485	11
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	8830	670	11
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	8831	675	11
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	8832	860	11

Lombaire

1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	8833	485	8
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	8834	670	8
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	8835	675	8
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	8836	860	8

Autres

Ostéotomie de soustraction pédiculaire (Résection des éléments postérieurs, du pédicule et du corps vertébral pour faciliter le réalignement sagittal. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément		8837	314	UD
Corpectomie (Résection du corps vertébral, incluant les disques au-dessus et en dessous), chaque niveau supplémentaire après corpectomie d'un niveau, supplément		8838	550	UD
Vertébrorectomie (Résection de toute la vertèbre : corps vertébral, pédicule, éléments postérieurs. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément		8839	653	UD

Fusion postérieure**Cervicale et/ou thoracique et/ou lombaire**

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	8840	462	12
---------------------------------------	---	------	-----	----

Cervicale et/ou thoracique et/ou lombaire

Fusion avec instrumentation, 1 niveau	D	8841	1098	13
Fusion avec instrumentation, incluant l'occiput, supplément		8842	539	UD
Fusion avec instrumentation, incluant l'ilium, supplément		8843	113	UD

Instrumentation intersomatique placée par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure)	D	8844	1024	13
Mise en place d'un dispositif interépineux, sans fusion, 1 niveau	D	8845	500	13
Arthrodèse de révision qui intègre le niveau de la chirurgie d'origine, supplément		8846	+35%	UD
Décompression et discectomie de révision qui intègrent le niveau de la chirurgie d'origine, supplément		8847	+35 %	UD

☞ **Note de l'Assurance-maladie : La prime de révision doit s'appliquer à toutes les parties de l'intervention qui ont déjà été effectuées.**

Vertébroplastie (injection du matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	8848	304	8
Kyphoplastie (application du ballonnet tampon, injection de matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	8849	457	9
Laminoplastie, 1 niveau, incluant l'instrumentation, la décompression (technique porte ouverte ou double porte)	D	8850	1029	13
Instrumentation cervicale, thoracique ou lombaire postérieure sans fusion (exemples : en cas de traumatisme ou d'ajout d'une instrumentation postérieure à une fusion intersomatique lombaire antérieure, oblique ou directe)	D	8851	898	13

Pour les interventions effectuées dans la section « Décompression »,
chaque niveau supplémentaire, supplément

		8852	77	UD
--	--	------	----	----

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8852 doit être inclus une fois pour chaque niveau après le niveau de référence, c'est-à-dire qu'une décompression sur trois niveaux inclurait ce code deux fois. Ce code ne doit pas être utilisé si le code « Arthrodèse : chaque niveau supplémentaire » ci-dessous est utilisé.)**

Pour les interventions effectuées dans les sections « Arthrodèse »
Chaque niveau supplémentaire, supplément

		8853	77	UD
--	--	------	----	----

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8853 doit être inclus une fois pour chaque niveau après le niveau de référence, c'est-à-dire qu'une arthrodèse sur trois niveaux inclurait ce code deux fois.**

Antérieur, interventions groupées

Décompression unilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	8854	1341	13
Décompression bilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	8855	1433	13
Fusion intersomatique lombaire sur 1 niveau par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure) avec fusion postérieure				

avec instrumentation	D	8856	1610	13
Avec décompression unilatérale pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral	D	8857	1853	13
Avec décompression bilatérale postérieure pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral	D	8858	1982	13
Autres				
Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation cranosquelettique	D	8859	250	10
Mise en place de la veste de Halo et ajustements, supplément		8860	125	UD
Fracture-luxation, réduction fermée (peut être facturée en plus du code de l'intervention chirurgicale en dépit du moment de l'intervention)	D	8861	222	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, antérieure (acte isolé)	D	8862	271	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, postérieure (acte isolé)	D	8863	262	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, antérieure (acte isolé)	D	8864	258	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, postérieure (acte isolé)	D	8865	199	10
Irrigation/débridement de la blessure médullaire en cas d'infection ou d'hématome, acte isolé	D	8866	283	10
Réparation d'une fuite de LCR comme acte isolé	D	8867	424	10

☞ Note de l'Assurance-maladie : Excision de tumeur maligne (prime de cancer, payable dans le cadre de l'intervention principale)

Interventions mettant en jeu des éléments neuronaux

Implantation d'une électrode de stimulation de la moelle épinière par laminectomie	D	8868	539	9
Implantation ou révision du matériel de stimulation ou des conducteurs	D	8869	231	9
Exérèse de tout matériel de stimulation ou d'électrodes	D	8870	231	9
Programmation de la pompe à perfusion ou du stimulateur de la colonne dorsale	D	8871	100	9
Neurolyse intradurale de lésions atypiques (diastématomyélie, syndrome du filum terminale, etc.), un niveau	D	8872	562	10

CHAPITRE 17 : ACTES DE NEUROCHIRURGIE

Voir la légende au chapitre 3, section 1.7, pour la description des listes A, B, C et D.

Section 1 : Nerfs périphériques

Biopsie de nerf	B	1546	38	6
Suture, nerf majeur	D	1485	269	6
Décompression du canal carpien (section du toit seulement)	D	611	158	6
Décompression du canal carpien avec neurolyse				
du nerf médian	D	9032	192	6
Exploration et neurolyse, nerf majeur	D	1486	192	6
Exploration et transposition, nerf majeur	D	9033	192	6
Neurectomie				
Nerf majeur	D	1487	231	6
Nerf mineur	D	1497	154	6
Greffe nerveuse	D	1503	314	6
Exploration du plexus brachial	D	1489	385	5
Exploration et neurolyse du nerf sciatique	D	1490	308	6
Excision de tumeur	D	1492	308	6

Section 2 : Actes de diagnostic et traitements mineurs

(Voir également « Actes diagnostiques et thérapeutiques »
au chapitre 21 et « Actes cliniques » au chapitre 22.)

Ponction lombaire	B	177	38	
Ponction sous-durale (y compris le dispositif d'orifice d'évacuation sous-dural)	B	178	23	6
Chaque ponction supplémentaire		179	23	UD
Ponction ventriculaire	C	1500	77	6
Drainage ventriculaire (en continu)	D	1501	154	6
Insertion d'un dispositif de surveillance intracrânien	D	9034	154	6
Ponction sous-occipitale	B	180	46	6
Ponction du réservoir de dérivation, pour aspiration ou procédure d'injection	D	2361	154	7
Myélogramme	B	181	63	6
Suture				
Cinq premiers centimètres	D	99	23	6
Plus de 5 cm, mais moins de 10 cm	D	2488	38	6
Complicquée	D	387	CS	6
Trous pratiqués à l'aide d'une fraise pour l'évacuation d'un hématome ou d'une tumeur/un abcès (biopsie/aspiration)	D	9035	211	7
Artériotomie ou biopsie de l'artère temporale	B	767	54	6

Section 3 : Traumatismes crâniens

Crâne

Traitement chirurgical

Fracture simple – dure-mère intacte.....D	1517	231	15
Dure-mère lacérée.....D	1518	385	15
Lésions cérébrales graves.....D	1519	462	15
Fracture ouverte avec enfoncement – dure-mère intacte D	1520	308	15
Dure-mère lacérée.....D	1521	462	15
Lésion des sinus ou lésions cérébrales graves (corps étranger, hématome, etc.).....D	1522	550	15
Craniectomie décompressive			
Sous-temporale.....D	1523	308	15
Sous-occipitale.....D	1524	462	15
Craniotomie pour décompression orbitaire.....D	1527	539	15
Cranioplastie.....D	1528	462	15
Méninges, traitement chirurgical de l'hématome extradural, ou de l'hématome sous-dural, hygroma, épanchement – extradural.....D	1529	616	11
Sous-dural			
Avec trous pratiqués à l'aide d'une fraise.....D	1530	462	11
Avec craniotomie.....D	1531	616	11
Par aspiration répétée chez un patient pédiatrique.....D	1532	231	11

Section 4 : Crâne

Craniectomie linéaire pour craniosynostose – une suture.....D	1547	308	11
Deux sutures, tarif global, en une ou plusieurs étapes.....D	1548	462	11
Plus de deux sutures, tarif global, en une ou plusieurs étapes.....D	2353	616	11
Excision de tumeur crânienne.....D	1549	385	11
Avec cranioplastie.....D	2354	462	11
Craniectomie pour ostéomyélite.....D	1550	CS	11
Réouverture de craniotomie pour hématome ou infection postopératoire ou pour exérèse d'os ou plaque.....D	2376	231	11
Craniotomie pour hypertélorisme.....D	2355	616	15

Section 5 : Cerveau

Craniotomie/craniectomie

Voie d'abord sus-tentorielle

Craniectomie décompressive pour accident vasculaire cérébral

Unilatérale.....D	9036	280	15
Bilatérale.....D	9037	420	15
Pour exérèse de corps étranger, kyste, tumeur, tumeur hypophysaire, hématome intracérébral, lobectomie, abcès.....D	1551	769	15

Pour lésion vasculaire (anévrisme, malformation artérioveineuse, fistule).....D	9038	692	15
Réparation crânienne de l'écoulement du liquide céphalorachidienD	1758	850	15
Pour une biopsie du cerveau.....D	1556	616	15
Ostéotomie orbito-zygomatique, ajouter	9039	110	UD
Clinoïdectomie			
partielle, ajouter	9040	35	UD
complète, ajouter.....	9041	110	UD
Apicectomie			
partielle, ajouter	9042	35	UD
complète, ajouter	9043	110	UD
Biopsie stéréotaxique de tumeurs, d'abcès ou autres lésions D	1837	450	15
Craniotomie du patient éveillé avec cartographie corticale pour tumeur cérébraleD	8750	1700	15
Voie d'abord endoscopique			
Résection par voie endonasale transphénoïdale de			
Tumeur de l'hypophyse	9044	764	15
Lésion médiane/paramédiane.....D	9045	984	15
Réparation de l'écoulement du liquide céphalorachidienD	9046	467	15
Ventriculostomie.....D	9047	297	15
Fenestration de kystes.....D	9048	297	15
Craniotomie en trou de serrure (à effraction minimale)D	9049	769	15
Dérivations pour traitement d'hydrocéphalie – tout genre, y compris révision (ventriculo-auriculaire, ventriculo-péritonéale, lombo-péritonéale, etc.), ventriculo-cisternostomie (Torkildsen).....D	1561	462	15
Retrait d'une dérivation, intervention seule.....D	2360	154	10
En tant qu'intervention supplémentaire	1502	85	UD
Voie d'abord sous-tentorielle ou basale			
Craniectomie/craniotomie de la fosse postérieure (extradurale)D	9050	505	15
Craniectomie/craniotomie de la fosse postérieure (intradurale)			
Pour hématome/infarctus/abcès, tumeur intraparenchymateuse	9051	757	15
Pour lésion vasculaire/tumeur extra-axiale.....D	9052	1008	15
Craniectomie/craniotomie de la fosse postérieure et condylectomie (comprend la voie d'abord intradurale).....D	9053	1041	15
Décompression de la malformation de ChiariD	9054	487	15
Décompression de la malformation de Chiari et laminectomie cervicale	9055	587	15

Section 6 : Chirurgie vasculaire

Pince de Silverstone ou ligature de la carotide	D	1566	308	15
Endartériectomie de la carotide	D	1973	700	15
Avec greffe d'un patch.....	D	1568	764	15
Avec greffe et dérivation par pontage.....	D	1569	828	15
Anastomose microvasculaire extracrânienne-intracrânienne de l'artère temporale superficielle.....	D	9056	517	15
Longue dérivation veineuse extracrânienne-intracrânienne (depuis la carotide interne dans le cou ou tout vaisseau du tronc dans le cou ou la poitrine jusqu'à un vaisseau intracérébral majeur, c.-à-d. artère vertébrale, carotide interne, artère cérébrale moyenne).....	D	9057	751	15
Oblitération d'une fistule artérioveineuse durale intracrânienne (y compris une fistule carotido-caverneuse) comprenant une craniotomie et une intervention à la fois cervicale et intracrânienne	D	9058	539	15

Section 7 : Nerfs crâniens

Craniectomie de la fosse postérieure				
Avec rhizotomie.....	D	1584	616	15
Avec greffe du nerf facial	D	1585	539	15
Décompression microvasculaire du nerf.....	D	1757	900	15
Rhizotomie rétrogassérienne percutanée	D	2948	300	6
Révision dans les 60 jours.....	D	2949	225	6
Anastomose du grand hypoglosse ou du nerf spinal avec le nerf facial	D	1586	385	6
Craniectomie sous-temporale – avec rhizotomie du 5 ^e nerf ..	D	1587	539	15
Avec décompression du ganglion de Gasser	D	1588	539	15
Section extracrânienne du nerf spinal et/ou d'autres nerfs périphériques, pour traitement de torticolis spasmodique.....	D	1589	231	6

Section 8 : Divers

Technique de visualisation améliorée – utilisation du microscope opératoire/de l'endoscope/de l'exoscope, ajouter.....		2958	100	UD
Prélèvement d'une greffe de tissus mous autologues, champ opératoire distinct, ajouter		9059	60	UD
Sympathectomie				
Cervicale	D	1493	308	6
Cervico-thoracique.....	D	1494	385	10
Thoracolombaire (Smithwick)	D	1495	616	13
Lombaire	D	1496	254	6
Installation d'une veste de Halo (comprend les rajustements)		2946	375	5
Application des pinces à traction squelettique crânienne	D	1541	250	5
Excision de méningocèle	D	1582	308	12
Excision de myéломéningocèle ou encéphalocèle.....	D	1583	462	12

Myélotomie unilatérale ou bilatéraleD	2369	539	8
Neuro-navigation, ajouter	9060	150	UD
Traitement de radiochirurgie stéréotaxiqueD	9061	616	15

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9060 comprend l'utilisation du système O-Arm.*

Section 9 : Neurochirurgie fonctionnelle (comprend la douleur, l'épilepsie et les troubles moteurs)

Stimulation du nerf occipital			
Intervention en une étape			
Une électrodeD	9062	995	8
Deux électrodesD	9063	1254	8
Intervention en deux étapes			
Implantation d'une électrode.....D	9064	700	8
Implantation de deux électrodes.....D	9065	959	8
Internalisation d'un générateur d'impulsions implantable (à pile) rechargeableD	9066	295	9
Retrait et/ou révision de la stimulation du nerf occipital (SNO)D			
9067	260	9	
Insertion d'une pompe à perfusion intrathécale de médicaments (p. ex. pompe à baclofène)D			
9068	639	8	
Retrait ou révision.....D	9069	300	8
Laminectomie			
Pour tractotomie spinothalamique (cordotomie).....D	1579	462	8
Pour rhizotomie antérieure ou postérieureD	1580	462	8
Pour rhizotomie en cas de torticolis spasmodique, y compris le nerf spinalD	1581	539	9
Stimulateur de la moelle épinière			
Implantation d'un stimulateur de la moelle épinière – devient permanent.....D			
2366	539	8	
Internalisation d'un stimulateur de la moelle épinière....D	9070	231	8
Retrait ou révision d'un stimulateur de la moelle épinièreD			
2368	231	8	
Changement de pile seulement.....D	9071	115	9
Pose temporaire (percutanée) d'un stimulateur de la Moelle épinière (frais non exigibles avec l'intervention 2366)D			
2367	231	8	
Cordotomie percutanée (générateur de lésions).....D	2950	350	6
Implantation d'un stimulateur du nerf vagueD	9072	212	8
Changement de la pile d'un stimulateur du nerf vague ..D	9073	106	8
Thalamotomie, pallidotomie, cingulotomie stéréotaxique, avec enregistrement et stimulation en profondeurD	1563	616	15
LobotomieD	1565	231	15

Section 10: Colonne vertébrale

Préambule :

1. Les préambules des sections sur le Système musculosquelettique (chapitre 8) et sur les Interventions chirurgicales (chapitre 6) s'appliquent également à cette section.
2. 1 niveau de colonne vertébrale (un segment de mouvement) est défini comme le disque et le segment osseux adjacent au-dessus et au-dessous.
3. La décompression est définie comme le retrait de la partie anatomique qui provoque la compression des éléments nerveux (exemples de tissus retirés : os, ligament, disque, tumeur ou abcès). Exemples de décompressions : foraminotomie, laminotomie, laminectomie, discectomie.
4. La fusion renvoie à la décortication de matériel biologique et à son utilisation pour immobiliser un segment de mouvement.
5. L'instrumentation est définie comme un dispositif non biologique utilisé pour stabiliser un segment de mouvement ou en favoriser la fusion.
6. La corpectomie est l'ablation de toute la colonne antérieure (corps vertébral) ainsi que des disques situés au-dessus et au-dessous de celle-ci.
7. L'obtention d'os pour la greffe est incluse dans toutes les interventions de fusion et n'est pas payable lorsqu'elle est effectuée dans le cadre d'une intervention de fusion.

Antérieur**Décompression antérieure****Cervicale**

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau	D	9074	401	10
Corpectomie, 1 niveau	D	9075	615	12
Décompression antérieure, abord par voie intrabuccale	D	9076	738	13

Thoracique et/ou lombaire

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau	D	9077	401	12
Corpectomie, 1 niveau	D	9078	720	12

Arthrodèse antérieure**Cervicale**

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	9079	252	11
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	9080	612	11
Fusion avec instrumentation, 1 niveau (plaques/vis)	D	9081	450	11
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	9082	941	12
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveau	D	9083	788	12
Fixation antérieure de l'odontoïde	D	9084	559	14

Thoracique et/ou lombaire

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	9085	389	9
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	9086	612	12
Fusion avec instrumentation, 1 niveau	D	9087	579	12
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau	D	9088	941	13
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveau	D	9089	792	13

Antérieur, codes groupés

Discectomie cervicale antérieure et fusion	D	9090	788	13
Décompression thoracique ou lombaire antérieure et fusion intersomatique (1 niveau)	D	9091	780	13

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Cela comprend les fusions intersomatiques lombaires antérieure, oblique et directe. Si une instrumentation postérieure est ajoutée, elle sera facturée à 75 % (abond distinct).*

Corpectomie antérieure et fusion avec cage et fixation	D	9092	941	14
--	---	------	-----	----

Postérieur

Décompression postérieure

Cervicale et/ou thoracique

1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	9093	274	11
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	9094	379	11
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	9095	382	11
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	9096	487	11

Lombaire

1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	9097	274	8
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)	D	9098	379	8
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	9099	382	8
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé)	D	9100	487	8

Autres

Ostéotomie de soustraction pédiculaire (Résection des éléments postérieurs, du pédicule et du corps vertébral pour faciliter le réalignement sagittal. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément		9101	178	UD
Corpectomie (Résection du corps vertébral, incluant les disques au-dessus et en dessous), chaque niveau supplémentaire après corpectomie d'un niveau, supplément		9102	311	UD
Vertébrectomie (Résection de toute la vertèbre : corps vertébral, pédicule, éléments postérieurs. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément		9103	369	UD

Fusion postérieure**Cervicale et/ou thoracique et/ou lombaire**

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	D	9104	261	12
---------------------------------------	---	------	-----	----

Cervicale et/ou thoracique et/ou lombaire

Fusion avec instrumentation, 1 niveau	D	9105	621	13
Fusion avec instrumentation, incluant l'occiput, supplément		9106	305	UD
Fusion avec instrumentation, incluant l'ilium, supplément		9107	64	UD
Instrumentation intersomatique placée par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure)	D	9108	579	13
Mise en place d'un dispositif interépineux, sans fusion, 1 niveau	D	9109	283	13
Arthrodèse de révision qui intègre le niveau de la chirurgie d'origine, supplément		9110	+35%	UD
Décompression et discectomie de révision qui intègrent le niveau de la chirurgie d'origine, supplément		9111	+35 %	UD

☞ **Note de l'Assurance-maladie: La prime de révision doit s'appliquer à toutes les parties de l'intervention qui ont déjà été effectuées.**

Vertébroplastie (injection du matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	9112	172	8
Kyphoplastie (application du ballonnet tampon, injection de matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	9113	259	9
Laminoplastie, 1 niveau, incluant l'instrumentation, la décompression (technique porte ouverte ou double porte)	D	9114	582	13

Instrumentation cervicale, thoracique ou lombaire postérieure sans fusion (exemples : en cas de traumatisme ou d'ajout d'une instrumentation postérieure à une fusion intersomatique lombaire antérieure, oblique ou directe)	D	9115	508	13
---	---	------	-----	----

Pour les interventions effectuées dans la section « Décompression », chaque niveau supplémentaire, supplément		9116	44	UD
---	--	------	----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9116 doit être inclus une fois pour chaque niveau après le niveau de référence, c'est-à-dire qu'une décompression sur trois niveaux inclurait ce code deux fois. Ce code ne doit pas être utilisé si le code « Arthrodèse : chaque niveau supplémentaire » ci-dessous est utilisé.)*

Pour les interventions effectuées dans les sections « Arthrodèse » Chaque niveau supplémentaire, supplément		9117	44	UD
--	--	------	----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9117 doit être inclus une fois pour chaque niveau après le niveau de référence, c'est-à-dire qu'une arthrodèse sur trois niveaux inclurait ce code deux fois.*

Antérieur, interventions groupées

Décompression unilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	9118	759	13
Décompression bilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	9119	811	13
Fusion intersomatique lombaire sur 1 niveau par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure) avec fusion postérieure avec instrumentation	D	9120	911	13
Avec décompression unilatérale pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral	D	9121	1048	13
Avec décompression bilatérale postérieure pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral	D	9122	1121	13

Autres

Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation craniocervicale	D	9123	141	10
Mise en place de la veste de Halo et ajustements, supplément		9124	71	UD
Fracture-luxation, réduction fermée (peut être facturée en plus du code de l'intervention chirurgicale en dépit du moment de l'intervention)	D	9125	126	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, antérieure (acte isolé)	D	9126	153	10

Exérèse de l'instrumentation rachidienne, postérieure (acte isolé)	D	9127	148	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, antérieure (acte isolé)	D	9128	146	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, postérieure (acte isolé)	D	9129	113	10
Irrigation/débridement de la blessure médullaire en cas d'infection ou d'hématome, acte isolé	D	9130	160	10
Réparation d'une fuite de LCR comme acte isolé	D	9131	240	10

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Excision de tumeur maligne (prime de cancer, payable dans le cadre de l'intervention principale)*

Interventions mettant en jeu des éléments neuronaux

Implantation d'une électrode de stimulation de la moelle épinière par laminectomie	D	9132	305	9
Implantation ou révision du matériel de stimulation ou des conducteurs	D	9133	131	9
Exérèse de tout matériel de stimulation ou d'électrodes	D	9134	131	9
Programmation de la pompe à perfusion ou du stimulateur de la colonne dorsale	D	9135	57	9
Neurolyse intradurale de lésions atypiques (diastématomyélie, syndrome du filum terminale, etc.), un niveau	D	9136	318	10

Traumatologie

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Pour les fractures, voir les sections précédentes sur la colonne vertébrale.*

Lésion médullaire aigüe incomplète, ajouter		9137	353	UD
---	--	------	-----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9137 doit être facturé seulement dans le cas des lésions médullaires incomplètes, et non dans le cas des sections médullaires complètes ou des patients sans lésions neurologiques.*

Divers

Intervention intradurale, y compris une laminectomie (cervicale, thoracique, lombaire) (tumeur, hématome/lésion vasculaire, abcès)	D	9138	869	13
Avec instruments	D	9139	1000	13
Prélèvement d'une greffe osseuse autologue à partir d'une autre zone, ajouter		9140	250	UD

CHAPITRE 14 : ACTES UROLOGIQUES

Voir la légende – Chapitre 3, section 1.7 pour la description des listes A, B, C et D.

Les honoraires de l'acte de chirurgie urologique doivent comprendre les soins postopératoires habituels dispensés par le chirurgien pratiquant l'opération, conformément à l'article 7 – « Services chirurgicaux » du préambule général, chapitre 3, section 1.2.7. Les honoraires de chirurgie englobent certains soins préopératoires, tel qu'il est indiqué au chapitre 2, règle d'évaluation 25.

Section 1 : Reins et périméphrium

Incision

Drainage d'abcès rénal	D	1211	231	7
Drainage d'abcès périnéphrétique	D	1212	154	7
Néphrolithotomie.....	D	1216	350	7
Pour calcul coralliforme remplissant le bassinet et les calices du rein	D	2345	440	7
Pyélostomie.....	D	1219	269	7
Pyélostomie cutanée unilatérale.....	D	1982	308	7
Pyélolithotomie	D	1220	308	7

Excision

Néphrectomie partielle	D	1225	1000	7
Néphrectomie partielle laparoscopique	D	8607	1000	12
Néphropexie, en supplément.....		1236	231	UD
Hypothermie rénale, en supplément		1239	38	UD



Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1236 et 1239 s'ajoutent aux codes de service 1225 et 8607 uniquement.


Néphrectomie

Néphrectomie simple	D	1228	375	7
Néphrectomie simple laparoscopique	D	8609	375	7
Néphrectomie radicale (incluant ganglions hilaires)	D	1231	545	13
Laparoscopique.....	D	8610	545	13
Lymphadénectomie régionale (ganglions lymphatiques paracaves ou para-aortiques ou ganglions lymphatiques pelviens), en supplément		8622	343	UD
Veine cave inférieure, ligature ou plicature	D	744	308	10

Néphro-uretrectomie avec résection de la jonction

urétéro-vésicale	D	1233	609	10
------------------------	---	------	-----	----

Laparoscopique	D	8611	609	10
Surrénalectomie unilatérale	D	1206	900	10
Laparoscopique	D	8613	900	10
Lymphadénectomie régionale (ganglions lymphatiques paracaves ou para-aortiques ou ganglions lymphatiques pelviens), en supplément		8622	343	UD

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8622 s'ajoute aux codes de service 1233, 8611, 1231 ou 8610 uniquement.**

Marsupialisation de kyste rénal/surrénalien par laparoscopie...	D	8094	545	7
Transplantation rénale				
Réparation				
Pyélo-urétéroplastie ou pyéloplastie endoscopique	D	1235	381	7
Pyéloplastie laparoscopique	D	8612	381	7
Suture				
Réparation après une rupture ou lacération du rein	D	1241	323	8

Section 2 : Uretère

Lithotripsie extracorporelle (ESWL) consultation payable Payable en sus, s'il y a lieu.....	D	1815	300	6
Interventions endoscopiques				
Urétéroscopie				
urétéroscopie pour extraction de calculs ou traitement d'une tumeur, incluant dilatation de l'uretère.....	D	1278	286	6
extraction à la corbeille et/ou biopsie, en supplément		1269	77	UD
insertion de moule, en supplément.....		1270	115	UD
lithotripsie, en supplément		1271	77	UD
Néphroscopie opératoire, en supplément		1732	60	UD
Bassinnet du rein comportant une biopsie, en supplément		1267	98	UD
Interventions percutanées				
Établissement d'une voie de néphrostomie en vue d'exérèse de calcul	D	2121	340	6
Tube de néphrotomie, en supplément	D	1215	135	UD
Extraction endoscopique de calculs par voie percutanée,				
en supplément		1272	254	UD
par lithotripsie, en supplément.....		1276	77	UD
Extraction endoscopique de calculs par voie percutanée établie, essai subséquent (autre jour)	D	1273	190	6

Incision			
Abcès périurétraux	D	1242	308 6
Urétérostomie incluant urétérolithotomie			
Deux tiers supérieurs.....	D	1243	308 6
Tiers inférieur.....	D	1244	370 6
Excision			
Urétérectomie	D	1245	269 6
Incluant la jonction urétéro-vésicale	D	1246	331 6
Réparation			
Anastomose urétéro-vésicale, réimplantation	D	1247	457 6
Fixation au psoas, en supplément		1733	231 UD
Opération de Boari, en supplément.....		8627	275 UD

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8627 comprend la fixation au psoas.**

Insertion de moule, en supplément		1270	115 UD
---	--	------	--------

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1270 s'ajoute aux codes de service 1220, 1235, 1243, 1244, 1247, 1257, 1260, 1262, 1272, 1273, 1274, 1275, 1278, 2121 et 8612 uniquement.**

Substitution iléo-urétérale.....	D	1253	462 7
Conduit urétéro-iléal	D	1248	554 9
Plus cystectomie simple, en supplément		1249	254 UD
Révision d'anastomose urétéro-intestinale	D	2346	370 7
Urétéro-urétérostomie incluant urétérectomie	D	1254	385 6
Transurétéro-urétérostomie incluant urétérectomie	D	1734	462 7
Urétérostomie cutanée unilatérale.....	D	1255	308 6
Réparation de fistule urétérale	D	1256	370 6
Urétérolyse unilatérale.....	D	1257	308 6
Rupture ou section			
Immédiate			
Deux tiers supérieurs.....	D	1259	269 6
Tiers inférieur.....	D	1260	308 6
Réparation tardive			
Deux tiers supérieurs.....	D	1261	308 6
Tiers inférieur.....	D	1262	346 6

Section 3 : Vessie

Cystoscopie			
Cystoscopie diagnostique/thérapeutique	B	1266	100 6

☞ **Note de l'assurance-maladie : La cystoscopie associée aux codes de service 1274, 1275 ou 1394 est payable une fois pendant la période préopératoire de 30 jours ou, si elle est effectuée le jour de l'opération, à 75 % du tarif prévu.**

Résection endoscopique de tumeur de vessie			
Unique	D	1274	238 5
Multiple	D	1275	339 5
Litholapaxie et extraction de fragments.....			
Insertion de moule ou cathéter urétral	D	1280	185 6
BCG/chimiothérapie de la vessie par cathéter avec drainage et enlèvement	C	8099	55 6
Neurostimulateur rachidien pour dysfonction vésicale			
première étape	D	8076	318 8
deuxième étape	D	8077	300 8
Retrait du dispositif ou changement de piles.....	D	8078	225 7

☞ **Note de l'Assurance-maladie : La programmation doit être facturée au moyen du code de service 349.**

Études urodynamiques			P	T
Cystométrogramme	B	2077	23	46
Électromyographie	B	2078	23	46
Seuil de pression de fuite.....	B	2079	30	60
Étude du débit urinaire	B	2080	7	14
Mesure du volume vésical par échographie transabdominale	B	8604	15	10

(P, T = composantes professionnelles, techniques)

Incision

Cystotomie ou cystostomie	D	1282	115	5
Cystotomie percutanée et/ou insertion d'une sonde				
sus-pubienne	B	1284	54	6
Cystolithotomie.....	D	1285	154	5

Excision

Urétérocélectomie	D	1286	231	5
Avec réimplantation de l'uretère	D	1287	620	5
Cystectomie, partielle	D	1288	370	6
Avec entérocystoplastie	D	1292	616	11

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1292 comprend la préparation d'un segment intestinal.**

Cystectomie simple	D	1291	370	11
Cystectomie radicale, comportant hystérectomie chez la femme				
Et vésicules séminales et prostate chez l'homme	D	1268	609	9
Lymphadénectomie pelvienne, en supplément		8623	343	UD
Néovessie iléale	D	8603	900	9
Conduit urétéro-iléal	D	1248	554	9

Réparation			
Exstrophie – fermeture primaire..... D	1295	308	6
Dérivation urinaire pour exstrophie vésicale, excision de vessie ectopique et réparation de la paroi abdominale D	1296	616	6
Excision de la vessie et réparation de la paroi abdominale..... D	1297	231	6
Vésicostomie cutanée D	1984	358	6
Réparation d'une rupture de la vessie D	1298	277	6
Cystoplastie d'augmentation D	1299	532	7
Lacération vésicale (par un autre chirurgien)..... D	8628	300	6
Réparation du col vésical (enfant-adulte)..... D	1301	308	6
Réparation de fistule vésico-vaginale..... D	1305	415	6
Réparation de fistule colovésicale D	1306	308	6
Cystopexie, avec fixation de la paroi antérieure de la vessie D	1208	370	5

Section 4 : Urètre

Extraction de corps étranger ou calcul..... B	1309	115	6
Incision			
Sphinctérotomie urétrale D	2170	254	6
Urétrotomie			
Dilatation avec câbles guides et dilateurs..... D	1311	185	6
Interne, avec système de vision endoscopique..... D	2862	185	6
Méatotomie et réparation plastique C	1312	54	6
Pour extravasation d'urine avec drainage multiple D	1313	185	6
Uréthrostomie ou cystotomie ouverte pour traumatisme			
urétral ou cancer..... D	1314	277	6
Abcès périurétral C	1315	38	6
Excision			
Lésion urétrale C	1316	54	6
Rétrécissement			
En une étape, avec dérivation..... D	1321	277	6
En deux étapes			
Première étape..... D	1322	139	6
Deuxième étape..... D	1323	277	6
Diverticulectomie – homme ou femme D	1324	400	6
Valve de l'urètre postérieur..... C	1325	252	6
Urétréctomie totale D	1985	308	6
Réparation			
Implantation de sphincter urinaire artificiel/suspension pour homme..... D	1207	500	5
Enlèvement de bandelette de suspension pour homme D	8096	330	6
Ajustement de bandelette de suspension pour homme..... D	8097	100	6

Suspension uréthro-vésicale pour incontinence d'effort	D	1329	277	5
Suspension vésicale par laparoscopie.....	D	8341	356	5
Suspension par bandelette aponévrotique	D	8600	550	5
Bandelette sous-urétrale artificielle – femmes seulement.....	D	8251	408	5
Urétroplastie	D	1987	CS	6
Type johanson - chaque étape.....	D	2298	310	6
Uréthoplastie cutanée en un temps	D	1729	700	6
Injections de substance thérapeutique pour la correction de l'incontinence ou du reflux vésico-urétéral (RVU) par endoscopie.....	D	836	225	6
Rupture – urètre antérieur.....	D	1331	185	6
Urètre postérieur				
Réparation endoscopique	D	1332	323	6
Réparation ouverte	D	1333	462	6

CHAPITRE 15 : APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

Voir la description des listes A, B, C et D dans la légende au **chapitre 3, section 1.7.**

Section 1 : Pénis

Incision				
Scission du prépuce				
Nouveau-né.....	C	1340	8	
Nourrisson ou enfant de moins de 12 ans.....	C	1341	8	6
Adulte.....	C	1342	15	6
Réduction de paraphimosis et/ou incision dorsale.....	C	2084	38	6
Excision				
Circoncision – ablation chirurgicale du prépuce.....	D	1345	162	6
Frénectomie du pénis.....	C	2085	38	6
Condylomes.....	C	1346	38	6
Biopsie.....	B	1347	23	6
Amputation				
Pénectomie partielle.....	D	1348	231	6
Pénectomie totale.....	D	1350	320	5
Dissection radicale des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques.....	D	877	339	6
Dissection radicale des ganglions inguinaux et iliaques Bilatérale.....	D	878	508	6
Réparation				
Reconstruction plastique après circoncision.....	D	2086	116	6
Épispadias.....	D	1351	231	6
Hypospadias – incluant dérivation urinaire				
Réparation de chordée, première étape.....	D	1352	304	6
Reconstruction plastique de l'urètre – pénien.....	D	1353	419	6
Pénio-scrotal ou périnéal.....	D	1354	546	6
Fermeture de fistule uréthro-cutanée.....	D	1355	254	6
Priapisme, dérivation vasculaire.....	D	1988	231	6
Prothèse pénienne pour impuissance.....	D	2347	154	6
Prothèse pénienne gonflable				
Insertion ou réinsertion.....	D	8339	340	6
Enlèvement.....	D	8340	255	6
Correction chirurgicale de la maladie de La Peyronie.....				
Excision de plaque (La Peyronie), en supplément.....	D	8602	350	6
		8601	194	UD

Traitement chirurgical de la fracture du pénis (incluant l'exploration sous anesthésie générale avec ou sans réparation de l'albuginée).....	D	8138	350	6
--	---	------	-----	---

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1332 ou 1331 peuvent être facturés à 50 % avec le code 8138, s'il y a lieu.*

Section 2 : Testicules

Excision				
Orchidectomie - unilatérale	D	1357	139	6
Radicale pour tumeur maligne (ablation complète du cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne).....	D	2348	250	6
Biopsie - seul	B	1358	38	6
Avec vasographie.....	D	1359	77	6
Réparation				
Orchidopexie ou exploration de testicule par voie inguinale, unilatérale.....	D	1360	352	6
Réduction de torsion du testicule ou de l'hydatide sessile et réparation	D	1361	139	6
Rupture du testicule	D	1362	139	6
Prothèse testiculaire	D	2349	123	6

Section 3 : Épididyme

Excision				
Spermatocèle	D	1364	139	6
Épididymectomie unilatérale.....	D	1365	139	6

Section 4 : Tunique vaginale

Excision				
Hydrocèle unilatérale	D	1367	139	6
Aspiration.....	C	1368	8	

Section 5 : Scrotum

Incision				
Abcès ou hématocèle.....	C	1369	38	6
Exploration unilatérale	D	1370	92	6
Suture				
Traumatisme, lacération – selon l'étendue et les complications (voir lacérations, système tégumentaire)	D	1371	CS	6

Section 6 : Canal déférent

Réparation			
Anastomose unilatérale	D	1373	130 6
Incluant biopsie et vasographie	D	1374	177 6
Vasectomie.....	C	1375	132 6

Section 7 : Cordon spermatique

Excision			
Hydrocèle – unique	D	1377	139 6
Varicocèle – unique.....	D	1376	139 6
Haute ligature par voie rétropéritonéale	D	2863	228 6
Traitement laparoscopique de la varicocèle.....	D	8095	228 6

Section 8 : Vésicules séminales

Excision			
Vésiculectomie	D	1379	462 6

Section 9 : Prostate

Biopsie par voie périnéale	B	1383	62 6
Ultrasonographie.....	B	1209	77 6
Biopsie	B	1210	108 6
Excision			
Simple.....	D	1391	407 7
Avec cystectomie partielle	D	1390	508 7
Résection prostatique par voie périnéale avec préservation des fibres nerveuses et vésiculectomie.....	D	8098	708 5
Par voie rétropubienne			
Radicale.....	D	1393	609 7
Lymphadénectomie régionale (ganglions iliaques internes ou ganglions obturateurs), en supplément		8624	343 UD
Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8624 s'ajoute au code de service 1393 uniquement.			
Résection/ablation transurétrale.....	D	1394	427 6
Résection/incision du col vésical			
Enfant	D	1397	153 5
Adulte	D	1397	254 5

Section 16 : Spécialistes en psychiatrie et réadaptation

Voir la description des listes A, B, C et D dans la légende au chapitre 3, section 1.7.

L'interprétation exacte des tarifs et honoraires est impossible sans une lecture du préambule général.

Cas référés

16.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique.....	202	113
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication en découlant	287	78
Visite d'aîné, ajouter	8901	15
Ce code de service est facturable pour une consultation majeure sans égard à l'affection indiquée par le patient dans le cas de l'évaluation d'un cas complexe chez une personne âgée de 70 ans ou plus présentant des pathologies multiples. Ce code de service comprend aussi l'examen des médicaments du patient, au besoin.		

16.2 Visites en cabinet

Première visite comportant l'examen complet qui n'a pas été vu au cours des 90 derniers jours	288	55
Autres visites en cabinet	290	51

Les codes pour les autres visites en cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens ne pouvant être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, notamment en raison de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

16.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a fait subir au patient, au cours des 30 jours précédents, une consultation majeure, un examen complet ou une autre évaluation majeure	2491	71
Visites subséquentes		
du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2492	29
après 30 jours, par jour.....	2494	17

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé de l'hôpital du patient, lesquelles peuvent notamment comprendre, au cours du séjour hospitalier, notamment : les communications avec le patient, l'agent de planification des congés, la famille ou une autre personne responsable, au besoin, et les autres médecins chargés de la prestation des soins au patient, la rédaction d'ordonnances et de demandes de consultation, l'organisation du suivi, la documentation relative au diagnostic final et la présentation d'un bref résumé du congé dans les 30 jours.	2493	32
---	------	----

Les exigences ci-dessus doivent être respectées pendant le processus de congé et comprennent normalement une rencontre en personne entre le médecin et le patient le jour du congé, mais cette rencontre peut ne pas avoir lieu en raison de circonstances particulières.

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires seront réduits au paiement d'une visite subséquente pour les médecins qui omettent de remplir le sommaire de congé dans le délai prévu.*

Code de transfert		
Soins hospitaliers (voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.4)	8308	62
Soins prodigués dans une unité de soins intensifs (voir la description des services au chapitre 4, section 2.9)	1833	62
Soins directifs (Voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.1)	98	29

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de services des unités de soins intensifs (voir le chapitre 4, section 2.9)*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de la première visite sont non payables pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24 du chapitre 2.*

16.4 Secteur ambulatoire – visites sur rendez-vous

Visites sur rendez-vous au secteur ambulatoire.....	8733	34
Voir aussi <u>chapitre 3, section 1.2.2</u>		

16.5 Visites à domicile

Voir aussi le <u>chapitre 4, Section 2.15.3</u>	293	40
---	-----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables pour une visite au domicile du patient si une telle visite est nécessaire du point de vue médical.*

16.6 Points divers

Conférence d'équipe familiale – par tranche de 15 minutes.	9000	21
--	------	----

Discussion sur la santé d'un patient avec les membres de la famille et les professionnels paramédicaux de l'équipe dans les situations où une telle discussion s'impose en vue d'une prise de décision à l'égard d'un traitement ou de la mise en place de services de soutien.

Ce code de service s'applique également lorsque le **counseling** auprès d'un membre de la famille s'avère nécessaire dans des situations où la vie du patient est en danger ou en cas de troubles de santé chroniques graves.

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9000 doit être facturé sous le numéro d'assurance-maladie du patient. De plus, l'identité d'un répondant de la famille et l'objectif (p. ex., placement, ordonnance de ne pas réanimer, options de traitement, etc.) doivent aussi être inscrits dans le champ de la réclamation destiné au diagnostic ou aux commentaires. Ceci peut inclure des téléconférences ou des vidéoconférences (dans un site de télémédecine approuvé) dans des circonstances particulières; par exemple, lorsqu'un membre de la famille ne peut participer en personne à la conférence d'équipe familiale prévue. La durée totale, y compris l'heure de début et l'heure de fin, et le diagnostic approprié doivent figurer sur la réclamation et être conservés au dossier du patient.*

Notes explicatives

- Le simple fait d'informer d'autres personnes (comme un membre de la famille) de l'état d'un patient ou d'en discuter avec elles, par opposition à la tenue d'une séance de **counseling** proprement dite, est couvert par le tarif habituel, même dans les cas de maladie grave; ces entretiens ne peuvent donc pas être facturés au régime d'assurance-maladie. Toutefois, vous pouvez facturer les entrevues répétées ou prolongées pour les autres personnes concernées.
- Sauf dans le cas de certains codes particuliers, les honoraires pour les soins aux enfants incluent tout échange avec les personnes les accompagnant, notamment pour les entrevues ou la transmission de conseils, etc. qui s'effectueraient seules avec le patient si ce n'était de son âge. Plus particulièrement, les tarifs de counseling familial ne s'appliquent pas aux parents, à moins qu'il ne s'agisse réellement de **counseling** dans les circonstances graves définies ci-dessus.

16.7 Actes spéciaux

Électromyographie

Majeure – examen de muscles dans plus d'une région ...B	302	60
Mineure – examen d'un muscle ou d'une région		
spécifiqueB	303	30
Électromyographie d'une fibre uniqueB	830	160

Étude de la conduction nerveuse

Par nerf périphérique étudié, un nerf mixte (nerf médian sensoriel et nerf moteur) étant considéré comme un seul nerfB	9001	20
--	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 9001, l'évaluation bilatérale pour les nerfs ulnaire, médian et radial est payable.*

Étude comparative du nerf médian (une par membre) B	9002	20
Onde F (extrémité supérieure unilatérale/bilatérale) B	9003	20
Onde F (extrémité inférieure unilatérale/bilatérale) B	9004	20
Onde H (maximum 2)..... B	9005	20
Étude du nerf facial (maximum 2) B	9006	20
Étude du réflexe cornéen B	9007	20
Étude de stimulation répétée dans le temps		

(maximum 3) B 831 40

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les actes spéciaux ci-dessus sont payables au plein tarif lorsqu'ils sont autorisés. Un maximum de dix études de conduction nerveuse peut être facturé par patient et par séance.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9002 se rapporte à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf radial du 1^{er} doigt, à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf palmaire ulnaire du 4^e doigt, ou à toute autre comparaison avec le nerf médian. Cet acte ne peut être facturé qu'une fois par patient, par séance et par membre.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service Onde F partie supérieure et Onde partie inférieure ne peuvent être facturés qu'une fois chacun par patient et par séance.*

16.8 Actes diagnostiques et thérapeutiques

Injection guidée par ultrason dans une épaule gelée.....	B	8088	15
Ponction d'une articulation.....	A	1905	15
Guidage fluoroscopique	B	1941	8
Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin ou injection intramusculaire ciblée ...	B	1948	15

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes suivants ne doivent pas être associés à des actes chirurgicaux ou obstétricaux, auquel cas les codes des actes appropriés s'appliquent.*

Tête et cou			
Nerf occipital	B	297	23
Tronc			
Nerf suprascapulaire	B	271	23
Bloc intercostal			
Premier nerf	B	272	23
Nerf supplémentaire.....	B	273	12
Bloc paravertébral			
Nerf lombaire	B	274	46
Nerf lombaire supplémentaire.....	B	275	23
Blocs nerveux divers			
Un nerf somatique non expressément désigné.....	B	1762	23
Nerf supplémentaire.....	B	1763	12
Bloc épidural			
Cervical	B	1765	100
Thoracique	B	1766	80
Lombaire.....	B	1767	46
Caudal	B	263	38
Épidurale avec stéroïdes, ajouter	B	277	10
Injection d'articulation			
Sacro-iliaque.....	B	1887	29
Injection d'une facette articulaire – par articulation ..	B	2120	50
Injection aux points de gâchette.....	B	1889	15

Supplémentaire	B	1890	8
Injection d'alcool, de phénol ou d'autres agents sclérosants – honoraires de base tels qu'indiqués ci-dessus.....	B	294	CS

Dénervation par radiofréquence Facette articulaire lombaire ou thoracique.....	C	9008	74
---	---	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9008 s'applique par niveau (2 facettes articulaires). Les niveaux supplémentaires sont payables à 50 %.*

Articulation sacro-iliaque (S.I.)	C	9009	99
---	---	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9009 s'applique par articulation, la 2^e articulation étant payable à 50 %*

Facette articulaire cervicale	C	9010	99
-------------------------------------	---	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9010 s'applique par niveau (2 facettes articulaires). Les niveaux supplémentaires sont payables à 50 %.*

16.9 Injection de toxine botulique

Faciale unilatérale	C	8135	77
Autres régions – unilatérale	C	8136	77

Autres régions

Parmi les autres régions d'injection, on compte :

- le cou;
- le bras et/ou l'épaule;
- l'avant-bras et/ou la main;
- la cuisse et/ou le bassin;
- le mollet et/ou le pied;
- le dos entier.

Injections multiples

Les lignes directrices régissant les injections multiples chez un même patient au cours d'une même séance sont les suivantes :

Visage : unilatérales (une injection ou plus) – 77 unités; bilatérales payées à 50 %

Autres régions : unilatérales (une injection ou plus) – 77 unités; bilatérales payées à 75 %

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Au visage, au cou et dans le dos, les injections bilatérales peuvent être réalisées à une distance de deux ou trois centimètres l'une de l'autre (p. ex., à gauche et à droite du nez – muscles procerus et paraspinaux gauche et droit), et doivent être considérées comme étant une injection unilatérale plutôt que comme des injections bilatérales.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ce code ne peut être facturé que pour les cas approuvés par l'Assurance-maladie conformément aux indications de Santé Canada.*

Section 11 : Spécialistes en obstétrique et gynécologie

Voir la légende au [chapitre 3, section 1.7](#), pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des tarifs et honoraires est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient orienté

11.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique..... 54 69

Consultation subséquente – dans les 30 jours,
pour la même maladie ou une complication
qui en découle 56 38

Visite en cabinet pour les personnes âgées, en
supplément 8901 15

Ce code de service est facturable pour une consultation majeure au cours de laquelle le médecin assure l'évaluation d'un cas complexe chez une personne âgée de 70 ans ou plus présentant des pathologies multiples. Ce code de service comprend aussi l'examen des médicaments du patient, au besoin.

11.2 Visites en cabinet

Première visite comportant examen complet..... 48 48

Examen spécifique 49 38

Autres visites en cabinet 50 38

Les codes de service pour les autres visites en cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison, par exemple, de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour d'admission,
sauf lorsque le médecin a soumis le patient, au cours des
30 jours précédents, à une consultation majeure, à un
examen complet ou à une autre évaluation majeure 2411 48

Soins subséquents
Du 2^e au 30^e jour, par jour..... 2412 29
Après 30 jours, par jour 2414 15

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé de l'hôpital du patient, lesquelles, au cours du séjour hospitalier, peuvent comprendre notamment : les communications avec le patient, l'agent de planification des congés, la

famille ou une autre personne responsable, au besoin, et les autres médecins chargés de la prestation des soins au patient, la rédaction d'ordonnances et de demandes de consultation, l'organisation du suivi, la documentation relative au diagnostic final et la présentation d'un bref résumé du congé dans les 30 jours.....	2413	32
---	------	----

Les exigences ci-dessus doivent être respectées pendant le processus de congé et comprennent normalement une rencontre en personne entre le médecin et le patient le jour du congé, mais cette rencontre peut ne pas avoir lieu en raison de circonstances particulières.

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires seront réduits au paiement d'une visite subséquente pour les médecins qui omettent de remplir le sommaire de congé dans le délai précis.*

Code de transfert

Soins à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)	8309	36
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)	1834	36
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)	166	29

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs, voir le [chapitre 4, section 2.9](#).*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de première visite sont non payables pour les patients transférés. Voir aussi [chapitre 2](#), règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.*

11.3 Visite en services externe cédule

Visite à l'externe avec rendez-vous	8728	23
-------------------------------------	------	----

11.4 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	53	40
---	----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables pour la visite, médicalement nécessaire, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou d'établissements semblables.*

11.5 Soins obstétricaux

Le paiement comporte des honoraires de visite plus des honoraires d'accouchement. Voir [chapitre 2](#), règles d'évaluation 34 et 35.

Première visite prénatale comportant un examen complet.....	2002	53
Visites subséquentes pré et/ou postnatales	60	38
(voir aussi chapitre 2, règle d'évaluation 34)		
Accouchement (avec ou sans complications)	D 58	495
Naissances multiples, accouchements vaginaux ou par césarienne – par naissance additionnelle, en supplément.....	1413	226

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires d'accouchement comprennent les soins durant un travail prolongé. Les honoraires pour un examen prénatal complet, code de service 2002 sont non payables moins de 90 jours après un examen complet effectué par le même médecin et les honoraires pour un examen complet, code de service 48, sont non payables moins de 90 jours après un examen prénatal complet.*

Cogestion active pendant le travail	D 8182	330
---	--------	-----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8182 désigne une présence médicale constante ou fréquente active auprès d'une patiente durant le travail pendant une période d'au moins trois heures par un obstétricien-gynécologue qui est le médecin traitant principal ou qui est présent à la demande écrite d'un médecin traitant (médecin généraliste ou sage-femme) et qui offre des soins sans toutefois inclure l'accouchement. Ce service exige et comprend la consultation initiale et le suivi continu de la patiente. Le code de service 8182 ne peut pas servir pour la facturation d'un accouchement effectué par le même médecin. Ce service est facturable une fois par patiente et par accouchement et dans le cas d'un changement de quart, à seulement un spécialiste traitant. La durée totale, y compris l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement.*

En disponibilité pendant le travail	D 8183	239
---	--------	-----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8183 désigne la présence constante d'un obstétricien-gynécologue à l'hôpital à la demande écrite du médecin traitant (médecin généraliste ou sage-femme) pendant tout le travail et l'accouchement (au moins deux heures) d'une patiente ayant eu une césarienne auparavant. Ce service exige et comprend la consultation initiale et le suivi continu de la patiente (pas nécessairement actif). Le code de service 8183 ne peut pas servir pour la facturation d'un accouchement effectué par le même médecin. Ce service est facturable une fois par patiente et par accouchement et dans le cas d'un changement de quart, à seulement un spécialiste traitant. La durée totale, y compris l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement.*

En disponibilité pendant l'accouchement	D 9029	99
---	--------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9029 désigne la présence constante d'un obstétricien-gynécologue à l'hôpital, pour une durée de deux heures ou moins à la*


demande écrite du médecin traitant (médecin généraliste ou sage-femme), au moment où est sur le point d'accoucher une patiente ayant un risque élevé d'intervention obstétricale d'urgence, notamment une dystocie des épaules, un antécédent d'hémorragie post-partum ou un trouble de saignement, sans toutefois inclure un rythme cardiaque fœtal anormal. Ce service exige et comprend la consultation initiale et le suivi continu de la patiente (pas nécessairement actif). Ce code de service ne peut pas servir pour la facturation d'un accouchement effectué par le même médecin. Ce service est facturable une fois par patiente et par accouchement et dans le cas d'un changement de quart, à seulement un spécialiste traitant. La durée totale, y compris l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement.

11.6 Actes gynécologiques – Honoraires additionnels

Actes gynécologiques 8706 113

Payable si l'une ou l'autre des conditions suivantes s'appliquent :

- Au moins trois laparotomies précédentes
- Pelvis gelé détecté au moment de la laparotomie
- Grossesse \geq 12 semaines (sauf l'accouchement)
- Âge >70 ans
- Anomalie de Müller
- Immunosuppression (ChimioRX, VIH, usage de stéroïdes oraux)
- Paraplégie ou quadriplégie
- Maladie transmissible par le sang

 *Note de l'Assurance-maladie : Non payable avec les services énumérés à la section « Vulve ».*


CHAPITRE 16 : APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

Voir la légende au **chapitre 3, section 1.7**, pour la description des listes A, B, C et D.

Section 1 : Avortement

Prise en charge médicale d'une grossesse non viable ou non désirée,
y compris le suivi de l'hormone bêta-HCG pour :
une interruption médicale de grossesse (avec ou sans succès), ajouter à la visite ou à la consultation initiale 9015 20

Prise en charge médicale d'une grossesse non viable avec complications (y compris une grossesse ectopique, une grossesse molaire et un avortement spontané raté), ajouter à la visite ou à la consultation initiale 9016 20


 **Note de l'Assurance-maladie : Les visites effectuées un autre jour sont payables en supplément si elles sont médicalement nécessaires.**

D et C pour un avortement incomplet ou manqué (visites prénatales en supplément au tarif des visites en cabinet)..D 1400 100 6

D et C pour un avortement thérapeutique, y compris par injection de soluté salin ou de prostaglandine dans le cadre d'un avortement par induction du travail lors du deuxième trimestre de la grossesse...D 1401 125 6

Section 2 : Accouchement chirurgical

Section des césariennes (spéc. obs./gyn. uniquement et obs./gyn. non agréées).....D 8701 568 8
CésariennesD 1404 471 8
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale (spéc. obs./gyn. uniquement et obs./gyn. non agréées)....D 8702 660 10
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale.....D 1405 600 10
Dispositif de compression intra-utérin et/ou sutures de compression, ajouter 8707 100 UD

 **Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8707 est payable uniquement avec les codes de service 14, 58, 1158, 1404, 1405, 1406, 1455, 8700, 8701, 8702 et 8703.**

Accouchement vaginal assisté, (inclut les culottes, les forceps et les ventouses) (spéc. obs./gyn. uniquement et obs./gyn. non agréées).....D 8703 550 7
Accouchement vaginal assisté, (inclut les culottes, les forceps, et les ventouses).....D 1406 561 7
Naissances multiples, accouchements vaginaux ou par césarienne – par naissance additionnelle, ajouter..... 1413 226 UD
Réparation de déchirures périnéales, cervicales ou vaginales (pendant l'accouchement) – consultation et acteD 1407 250 7
Extraction du placenta en cas de rétention – consultation

et acte.....D	1408	250	7
Réparation d'une inversion utérine			
Chirurgicale.....D	1478	277	6
ManuelleD	1479	115	6
Induction mécanique ou médicale du travail – consultation			
et acte, une ou plusieurs tentatives.....C	1409	130	5
Tentative d'AVAC (réussie ou non) (obs./gyn. uniquement)C	8118	150	

Payable avec une consultation ou les codes d'accouchement (obs./gyn. uniquement)

Peut être payé le jour de l'accouchement avec la consultation ou l'accouchement, une fois par séance.

Cerclage (béance cervico-isthmique – toute réparation avec suture, y compris prophylactique).....D	1477	154	6
--	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Le tarif d'accouchement inclut la présence pendant un travail prolongé. Les codes de service 1407 et 1408 ne sont pas payables au même médecin en plus du tarif d'accouchement. De la même façon, le code de service 1409 est non payable si un accouchement vaginal ou par césarienne suit dans les trois jours.

Version céphalique externe.....C	8704	100	
Amniocentèse.....B	1414	50	
Insertion d'un laminaireA	2083	23	
Prélèvement prénatal sur le cuir chevelu (pH), tarif global du premier prélèvement et des prélèvements subséquentsB	2953	50	
Insertion d'un cathéter de pression intra-utérine.....B	1811	50	
Épreuve de déclenchement à l'ocytocine.....A	2350	23	

Section 3 : Vulve

Incision			
HyménectomieC	1416	38	6
Abcès de la vulve, de la glande de Bartholin ou de Skene Incision et drainage et/ou insertion d'un cathéter de WordC	1419	38	6
Marsupialisation (sous anesthésie locale ou générale) ou cautérisationD	1420	100	6
Excision			
Destruction superficielle au laser de lésions de la vulve (chapitre 5, section 4.5)			
Vulvectomie			
SimpleD	1421	185	6
Radicale			
Sans évidence ganglionnaire inguinalD	1422	269	6
(gyn.-oncologie uniquement)			
Avec évidence ganglionnaire inguinalD	1423	462	6
(gyn.-oncologie uniquement)			
Kyste de la glande de BartholinD	1424	150	6
CondylomesD	1426	77	6

Section 4 : Hystérectomie et prolapsus

Hystérectomie

Sous-totale (laparoscopique ou ouverte).....D	1458	304	6
Abdominale totale (spéc. obs./gyn. uniquement et obs./gyn. non agréées).....D	8700	380	6
Abdominale totale (autres spécialités).....D	1455	358	6
Vaginale.....D	1456	380	6
Vaginale assistée par laparoscopie.....D	835	500	6
Laparoscopique totale.....D	9017	500	6
Identifiant de changement de sexe, ajouter.....	9018	10	
Hystérectomie élargie avec stadification (inclut les biopsies, les prélèvements des ganglions lymphatiques pelviens et l'omentectomie).....D	1817	530	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Sur une demande de paiement électronique, veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service abdominal ou vaginal.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9018 est un ajout aux codes de service 8700, 1455, 1456, 835 et 9017 uniquement.*

Actes simultanés

Évidement des ganglions lymphatiques pelviens rétropéritonéaux.....D	9019	508	8
Prélèvement des ganglions lymphatiques guidé par technétium.....D	9020	508	8
Évidement des ganglions lymphatiques aortiques, ajouter.....	1818	110	UD
Évidement des ganglions lymphatiques aortiques (acte isolé).....D	9011	110	UD
Biopsie épiploïque / omentectomie partielle, ajouter.....	9021	50	UD
Omentectomie (infracolique ou supracolique), ajouter ...	2991	96	UD
Urétérolyse unilatérale.....D	1257	308	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1818, 9021 et 2991 sont des ajouts aux codes de service 8700, 835, 1455 et 9017.*

Annexes de l'utérus

Salpingectomie (unilatérale ou bilatérale).....D	9022	275	6
Salpingo-ovariectomie (unilatérale ou bilatérale).....D	1447	325	6

Autre

Cytoréduction (chirurgie d'intervalle) pour le carcinome de l'ovaire (acte isolé).....D	2954	400	7
Trachélectomie.....D	1463	200	6

Prolapsus

Réparation antérieure ou postérieure (inclut la périnéorrhaphie) ou réparation entéroccèle.....D	9023	174	6
---	------	-----	---

Deux actes différents de réparation antérieure ou de réparation postérieure (inclut la périnéorrhaphie) ou réparation entéroccèle.....D	9024	300	6
Trois actes différents – Réparation antérieure, réparation Postérieure (inclut la périnéorrhaphie), et réparation entéroccèle.....D	9025	348	6
Réparation antérieure ou postérieure avec filet chirurgical, ajouter.....	8173	450	UD
Périnéorrhaphie / dégagement périnéal.....D	1435	102	6
Culdoplastie de McCall, ajouter.....	8177	60	UD
Colpocléisis (LeFort).....D	1436	304	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8173 est un ajout uniquement aux codes de prolapsus suivants : 9023, 9024 et 9025.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8177 est un ajout uniquement aux codes d'hystérectomie existants (835, 8700, 1455, 1456, 1458, 1817 et 9017).*

Suspension utérine / suspension du dôme vaginal			
Suspension utéro-sacrée élevée / suspension utérine.....D	1473	200	6
Sacrocolpopexie abdominale (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle).....D	2973	450	7
Sacrocolpopexie laparoscopique (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle).....D	9026	500	7
Fixation sacro-vertébrale vaginale (inclut AR ou PR/ périnéorrhaphie et ER).....D	8176	450	6

Urogynécologie

Colposuspension de Burch, MMK, réparation paravaginale.....D	1444	277	5
Bandelette sans tension (inclut la cystoscopie).....D	8251	408	5
Cystoscopie diagnostique/thérapeutique.....B	1266	100	6
Insertion d'un cathéter suprapubien.....D	9028	115	5

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8251 ne peut être facturable avec le code de service 8173.*

Section 5 : Vagin

Colpotomie, postérieure, drainage ou opération à l'aiguille.....C	1427	70	6
Excision locale d'un kyste.....D	1428	108	6
Réparation du sphincter anal (inclut la réparation rectocèle et la périnéorrhaphie).....D	1434	277	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1434 n'est pas facturable avec un accouchement vaginal.*

Résection de la cloison vaginale.....D	1438	139	6
--	------	-----	---

Fermeture de fistule				
vésico-vaginale	D	1439	308	6
rectovaginale	D	1440	308	6
urétérovaginale.....	D	1441	370	6
Hématome – (vulvaire ou vaginal)				
Anesthésie locale	C	362	15	
Anesthésie générale	C	2851	85	6
Examen sous anesthésie générale ou sédation				
Consciente (acte isolé)	C	1445	31	6

Section 6 : Trompes de Fallope

Incision				
Grossesse ectopique – salpingostomie.....	D	1792	311	6
Réparation				
Tuboplastie.....	D	1448	261	6
Stérilisation, abdominale ou vaginale (payable au plein Tarif avec un accouchement; à 50 % avec une césarienne) Avec ou sans insertion hystéroscopique de spirales dans les trompes de Fallope	D	1449	200	6
Insufflation tubulaire.....	C	1469	31	6

 *Note de l'Assurance-maladie : Sur une demande de paiement électronique, veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service abdominal ou vaginal.*

Section 7 : Ovaires

Excision				
Kyste de l'ovaire	D	1450	300	6
Kyste para-ovarien (rétropéritonéal).....	D	1451	300	
Forage ovarien pour la fertilité	D	1760	300	6

Section 8 : Utérus et col utérin

Myomectomie (abdominale).....	D	1454	339	6
Résection de la cloison utérine	D	1461	308	6
Polype cervical, sans D et C	B	1462	15	6
Moignon cervical				
Vaginal.....	D	1464	185	6
Abdominal.....	D	1465	231	6
Biopsie du col, du vagin ou de la vulve sous anesthésie générale.....	B	1466	38	6
Curetage diagnostique.....	B	1453	81	6

 *Le code de service 1462 est payable au plein tarif chaque fois que le paiement est autorisé.*

 *Note de l'Assurance-maladie : Sur une demande de paiement électronique, veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service abdominal ou vaginal.*

Endoscopie

Hystérocopie – Diagnostique, +/- D et C, +/- biopsie ..B	2977	100	6
Hystérocopie thérapeutique (inclut la polypectomie)D	2978	162	6
Résection hystérocopique des fibromes (inclut la polypectomie)D	1836	339	6
Résection/ablation transcervicale d'endomètre (inclut la polypectomie)D	1835	328	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1835 et 1836 ne sont pas payables avec les codes 2977 ou 2978.*

Biopsie de l'endomètreB	1470	20	6
HystérosalpingographieB	2164	63	
Sonohystérogramme salinB	8075	63	6
Stérilet			
InsertionB	1472	25	6
EnlèvementB	2852	15	
Bloc paracervical pour insertion ou retrait d'un stérilet, aspiration D et C ou sténose cervicale pour prélèvement endométrial nécessitant une dilatation cervicale (à l'hôpital, pas d'anesthésie générale), ajouterB	1803	38	

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1803 est un ajout aux codes de service 1400, 1401, 1453, 1470, 1472, 2852, 2977 et 2978 uniquement.*

Insertion de pessaire.....A	8705	13	
-----------------------------	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1470 et 1472 sont payables à plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.*


Colposcopie

Investigation de cytologie anormale par technique colposcopique incluant biopsies et curetageB	2420	48	
Conisation du col au laser incluant colposcopie ou excision électrochirurgicale par anse du col de l'utérus le même jour.....B	2930	113	6
Conisation au laser dans les 30 jours suivant une Colposcopie ou conisation antérieureB	2931	77	6

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les consultations relatives aux cas orientés sont payables en plus des codes de service 2930 et 2931, à moins qu'un tarif de consultation n'ait été payé au cours des 30 jours précédents.*

Cautérisation du col de l'utérus,B	1481	15	
Cryothérapie ou traitement au laser pour condylomesC	2351	30	6
Biopsie du vagin, du col de l'utérus ou de la vulveB	1482	15	

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1481 et 1482 sont payables à plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.*

 ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1481 et 1482 ne doivent pas être facturés avec le code de service 2420.***

Réparation de déchirures (en dehors de l'accouchement)			
Suture de la vulve.....D	1722	85	6
Suture du col de l'utérus, du vaginD	9027	100	6
Insertion de radium – par applicationD	1484	154	6

Section 4 : Spécialistes en dermatologie

Voir la description des listes A, B, C et D dans la légende au [chapitre 3, section 1.7](#).

L'interprétation exacte des tarifs et honoraires est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient orienté

4.1 Consultations :

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique.....	125	79
Visite d'aîné, ajouter.....	8901	15
Ce code de service est facturable pour une consultation majeure sans égard à l'affection indiquée par le patient dans le cas de l'évaluation d'un cas complexe chez une personne âgée de 70 ans ou plus présentant des pathologies multiples. Ce code de service comprend aussi l'examen des médicaments du patient, au besoin.		
Subséquente dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	126	62

4.2 Visites en cabinet

Première visite comportant un examen dermatologique complet/spécifique	119	39
Autres visites en cabinet	121	32

Les codes pour les autres visites en cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison, par exemple, de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

4.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a fait subir au patient, au cours des 30 jours précédents, une consultation majeure, un examen complet ou une autre évaluation majeure	2255	71
Subséquentes		
du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2256	29
Après 30 jours, par jour	2258	14

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé de l'hôpital du patient, lesquelles, au cours du séjour hospitalier, peuvent comprendre notamment : les communications avec le patient, l'agent de planification des congés, la famille ou une autre personne responsable, au besoin, et les autres médecins chargés de la prestation des soins au patient, la rédaction d'ordonnances et de demandes de consultation, l'organisation du suivi, la documentation relative au

diagnostic final et la présentation d'un bref résumé du congé dans les 30 jours.

2257 32

Les exigences ci-dessus doivent être respectées pendant le processus de congé et comprennent normalement une rencontre en personne entre le médecin et le patient le jour du congé, mais cette rencontre peut ne pas avoir lieu en raison de circonstances particulières.

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires seront réduits au paiement d'une visite subséquente pour les médecins qui omettent de remplir le sommaire de congé dans le délai prévu.*

Code de transfert

Soins hospitaliers (voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.4)	310	62
Soins en unité de soins intensifs (voir la description des services au chapitre 4, section 2.9)	1822	62
Soins de supervision (voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.1)	46	29

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de services des unités de soins intensifs (voir le [chapitre 4, section 2.9](#)) Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de première visite sont non payables pour les patients transférés.*

Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24 au [chapitre 2](#).

4.4 Service externe – Visites avec rendez-vous

Visites sur rendez-vous au secteur ambulatoire.....	8723	23
---	------	----

4.5 Visites à domicile

Voir aussi le chapitre 4, section 2.15.3	127	40
--	-----	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables pour la visite, médicalement nécessaire, d'un patient à son domicile.*

4.6 Actes dermatologiques

Biopsie cutanée diagnostique (réservée aux spécialistes).....	A	134	34
Carcinome de la peau			
Excision elliptique et réparation chirurgicale	C	9012	63
Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion.....	C	371	CS 6
Avant la greffe cutanée	C	373-374	

([chapitre 20, section 6](#))

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement d'assurance-maladie comportant le code de service 371 doivent préciser les lésions, les dimensions, le siège, etc.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Pour la couverture médicale de l'ablation des lésions cutanées, voir le [chapitre 7, section 1.2](#)*

Injection intralésionnelle de médicament par séance.....	B	9013	12
--	---	------	----

☞ *Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9013 ne doit pas être facturé pour les tests d'allergie.*

Thérapie PUVA	C	154	23
Luminothérapie aux UV à bande étroite	C	8121	23

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Une visite par semaine est payable en plus des codes de service 154 et 8121.**

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service 154 et 8121, voir la liste des exceptions dans les principes de facturation ([chapitre 3, section 1.1](#))**

Tests épicutanés pour dermatite de contact allergique

Tests et antigène – par allergène	B	9014	3
Maximum par période de 6 mois : 85 tests.....			255

Destruction de lésions cutanées au laser

Lésion jusqu'à un centimètre de diamètre n'atteignant pas les ongles, les articulations ou les orifices - facturer d'après les codes et honoraires prévus pour l'excision chirurgicale (voir [chapitre 7, section 1.2](#))

Autres lésions - nécessitant jusqu'à 1/2 heure de lasérothérapie	B	129	108
Jusqu'à ¾ heure	B	130	140
Jusqu'à 1 heure	B	131	172
Chaque ¼ d'heure supplémentaire.....	B	135	30

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de lasérothérapie comprennent les biopsies préparatoires. Le temps écoulé doit être indiqué sur la demande de paiement. Les demandes de paiement de lasérothérapie dépassant deux heures doivent être accompagnées d'un protocole opératoire.**

Dermabrasion de la face, voir les actes de chirurgie plastique au [chapitre 20](#).

Dermabrasion d'une seule surface (p. ex. : cicatrice traumatique), voir le système tégumentaire au [chapitre 7](#).

4.7 Chirurgie micrographique de Mohs

Initiale	D	8350	254	6
Un ou plusieurs niveaux supplémentaires.....		8351	218	

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de fermeture ci-dessous ne sont payables qu'après la chirurgie de Mohs, au besoin, et sont payés entièrement si l'intervention est pratiquée par le même chirurgien le jour de la chirurgie. Si l'intervention est pratiquée un autre jour ou par un autre chirurgien, on doit se servir des codes de service équivalents appropriés figurant dans la section du manuel portant sur la chirurgie plastique.**

Grefte unique par glissement.....	8352	150	UD
Grefte multiple par glissement.....	8353	240	UD
Sourcil et paupière; lèvres; oreille; nez			
Grefte unique par glissement.....	8354	180	UD
Grefte multiple par glissement.....	8355	240	UD
Lèvres – traitement complet	8356	173	UD
Tête et/ou cou > de 62,5 cm ² (10 po ²)			
Grefte d'épaisseur partielle	8357	116	UD

Liste	Code	Unités Gen	Unités An
-------	------	---------------	--------------

Section X : Spécialistes en électrophysiologie

Voir la légende au **chapitre 3, section 1.7** pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des tarifs et honoraires est impossible sans une lecture du préambule général.

Étude électrophysiologique	B	8420	1125	9
Avec ablation pour tachycardie supraventriculaire (sans fibrillation auriculaire)	D	8421	1248	9
Si plus de quatre heures, ajouter		8422	228	UD
Avec fibrillation auriculaire	D	8423	1634	9
Avec ablation pour tachycardie ventriculaire	D	8424	1634	9

Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement sous le code de service 8422 doivent indiquer la totalité du temps incluant l'heure de début et de fin. Le code de service 8422 s'ajoute au code 8421 seulement.

Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8421, 8423 et 8424 ne peuvent pas s'ajouter au code 8420.

Étude électrophysiologique – Ablation du nœud auriculo-ventriculaire avec étude du faisceau de His	D	8425	816	9
---	---	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8425 ne peut pas s'ajouter au code 8420 pour une étude électrophysiologique.

Table inclinable	B	8426	286	9
------------------	---	------	-----	---

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8426 ne peut être facturé avec une étude électrophysiologique effectuée le même jour.

Défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI) avec défibrillateur				
DCI à chambre unique	D	8427	841	9
DCI à chambre double	D	8428	965	9
Défibrillateur biventriculaire	D	8429	1228	9
Défibrillateur externe	D	8430	338	9

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8430 désigne l'induction non invasive d'une fibrillation ventriculaire, la reprogrammation non invasive de paramètres et/ou une étude électrophysiologique non invasive, au besoin, avec ou sans induction d'une fibrillation ventriculaire.

Cardiostimulateur biventriculaire	D	8431	846	9
Réparation, remplacement ou ajout de la première électrode	D	8432	284	9
Pour chaque électrode supplémentaire, ajouter		8433	95	UD
Extraction d'une électrode, y compris l'utilisation de gaines munies ou non d'une technologie laser ou autre	D	8434	525	9
Pour chaque extraction supplémentaire, ajouter		8435	171	UD

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8436 est inclus dans le code 8434.

Extraction d'un DCI (générateur seulement, sans les électrodes) sans l'utilisation d'une technique avancée d'extraction d'électrodes (p. ex. : laser)	D	8436	249	9
Remplacement du générateur d'un DCI	D	8437	445	9
Insertion d'un cardiostimulateur interne	D	8438	308	9
Enlèvement ou insertion d'un moniteur ECG implatable	D	8125	154	5
Surveillance à distance				
Enregistreur en boucle	C	8439	26	
Cardiostimulateur	C	8440	50	
DCI	C	8441	75	

Cardiac MRI section:	Code	Units/Unités
Cardiac morphology	853	116
Flow assessment	854	69
Each additional flow (max 4 additional)	855	25

Medicare Note: Service code 854 is payable for the inclusive assessment of the first two flows. Service code 855 is payable for each additional flow up to a maximum of 4 additional flows.

Cardiac functional assessment and quantification	856	116
Cardiac viability	857	116
Gadolinium injection(contrast) including additional views and interpretation	858	37

Section sur l'IRM cardiaque :

Morphologie cardiaque	853	116
Analyse des flux	854	69
Chaque flux additionnel (max. 4 additionnels)	855	25

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 854 peut être utilisé pour la facturation de l'analyse inclusive des deux premiers flux. Le code de service 855 peut être utilisé pour la facturation de chaque flux additionnel jusqu'à un maximum de 4 flux additionnels.

Évaluation et quantification de la fonction cardiaque	856	116
Viabilité cardiaque	857	116
Injection de gadolinium (contraste) incluant images additionnelles et interprétation	858	37