Manuel des Médecins du Nouveau-Brunswick

13 février 2020

TABLE DES MATIÈRES

INDEX NUMÉRIQUE 15

CHAPITRE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ASSURANCE-MALADIE 34

Section 1 : Conditions de participation 34
1.1 Définition de médecin 34
1.2 Médecin participant 34
1.3 Procédure à suivre pour devenir médecin non participant 34
1.3.1 Médecins non participants 34
1.4 Conditions relatives à la présentation et au règlement des demandes de paiement .. 35
1.4.1 Médecins participants 35
1.5 Indication aux patients du statut de non-participant 35
1.6 Entente de participation du médecin 35
1.7 Mode de présentation et de règlement des demandes de paiement 36
1.7.1 Renseignements requis – Demandes de paiement électroniques 36
1.7.2 Renseignements requis – Demandes de paiement présentées sur papier 37
1.7.3 Délai de présentation des demandes de paiement 38
1.7.4 Présentation des demandes de paiement 39
1.7.5 Présentation des demandes de paiement – services d'un médecin non participant 40
1.7.6 Résidents d'autres pays 41
1.7.7 Résidents d'autres provinces 41
1.7.8 Demande de paiement pour non-résidents 41
1.8 Services médicaux exclus en vertu des ententes interprovinciales de traitement 41
1.9 Règlement des demandes de paiement 42
1.9.1 Paiement versé aux médecins 42
1.9.2 Rectification des demandes de paiement 42
1.9.3 Identification du patient 43
1.9.4 Procédure à suivre si le patient n'est pas inscrit 43
1.9.5 Autorisation préalable 43

Section 2 : Procédures d'appel 44
2.1 Appels interjetés par les médecins 44
2.2 Appels interjetés par les bénéficiaires 44

Section 3 : Services exclus 44

Section 4 : Fournitures et matériel 47
4.1 Éléments inclus 47
4.2 Éléments exclus 47

Section 5 : Admissibilité et inscription des patients 48

Section 6 : Formulaires 48

Section 7 : Vérification des demandes de paiement des médecins 48
7.1 Renseignements généraux 48
7.2 Normes entourant les dossiers de patients 49
7.3 Intervalles 49
7.4 Visites sur place 49
7.5 Lettres de vérification 50

7.6 Conclusions 50
7.7 Comité de revue professionnelle 50

CHAPITRE 2 : RÈGLES D'ÉVALUATION 51

Section 1 : Base de paiement 51
1.1 Règles d'évaluation – Généralités 51
1.2 Règles d'évaluation – Répertoire détaillé 51

CHAPITRE 3 : PRÉAMBULE GÉNÉRAL 57

Section 1 : Introduction 57
1.1 Principes de facturation 57
1.2 Conditions et définitions 59
1.2.1 Spécialiste 59
1.2.2 Visite 59
1.2.3 Examen 61
1.2.4 Consultations 62
1.2.5 Soins obstétricaux 66
1.2.6 Soins pédiatriques 66
1.2.7 Services chirurgicaux 67
1.2.8 Patients orientés et patients transférés 67
1.2.9 Services d'anesthésie 68
1.2.10 Considération spéciale (CS) 68
1.12.11 Nouveaux services 69
1.2.12 La réparation des blessures iatrogéniques 70
1.2.13 Honoraires de surveillance exclusive 70
1.2.14 Services de laboratoire 70
1.3 Contestation de tarifs 71
1.4 Révision du Cahier 71
1.5 Valeurs unitaires 72
1.6 Rémunération à la vacation 73
1.7 Légende 73

CHAPITRE 4 : ÉLÉMENTS COMMUNS À TOUS LES MÉDECINS 75

Section 1 : Services non-assurés 75
1.1 Médecine industrielle et de santé publique ou autres services à la demande d'un organisme public. 75
1.2 Prélèvements sanguins pour alcoolémie et documentation à la demande du ministère de la Justice et de la Consommation 75
1.2.1 Honoraires de visite et d'examen 75
1.2.2 Prélèvements sanguins et documentation 75
1.2.3 Surveillance exclusive 75

Section 2 : Services divers 76
2.1 Foyers de soins 76
2.2 Visites d'urgence 76
2.3 151Visites en salle d'urgence 77
2.4 Honoraires de surveillance exclusive 78
2.5 Honoraires d'assistance chirurgicale (rôle 3) 79
2.5.1 Justification d'un second assistant 80
2.6 Chirurgiens collaborateurs (rôle 6) 80

2.7 Soins simultanés ... 80
2.7.1 Soins de supervision ... 80
2.7.2 Soins continus ... 81
2.7.3 Soins de soutien ... 81
2.7.4 Transfer du patient ... 81
2.8 Rémunération à la vacation ... 82
2.9 Unités de soins spéciaux ... 82
2.10 Actes divers ... 83
2.11 Nutrition parentérale totale (suralimentation) ... 84
2.12 Prime d'urgence après les heures normales ... 84
2.12.1 Tableau de renseignements : Demandes de paiement – CS, prime-cancer et prime d'urgence ... 88
2.12.2 Codes de service admissibles à la prime d'urgence après les heures normales – dispensés sous sédation consciente ... 90
2.13 Prime-cancer ... 92
2.14 Prime chirurgicale en cas d'obésité ... 92
2.15 Honoraires de visites diverses ... 93
2.15.1 Programme extra-mural ... 93
2.15.2 Counseling ... 94
2.15.3 Visites à domicile ... 95
2.15.4 Soins prolongés/de rétablissement ... 96
2.15.5 Réévaluation pour chimiothérapie ... 96
2.15.6 Traitement initial de polytraumatisme ... 96
2.15.7 Présence au cours d'un transfert ... 97
2.15.8 Honoraires de présence – Victimes d'agression sexuelle présumée ... 97
2.15.9 Honoraires de maintien des donneurs d'organes ... 97
2.15.10 Injections ... 98
2.15.11 Immunisations ... 98
2.15.12 Remplissage de l'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux ... 102
2.15.1 Télémédecine ... 102
2.15.2 Soins de santé dans les zones rurales ... 104
2.15.3 Allocations de déplacement ... 105
2.15.4 Programmes de service de garde de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ... 105
2.15.5 Programme de service de garde autorisé et Programme de deuxième appel 109
2.15.6 Rotations du service de garde autorisé ... 116
2.15.7 Programme de garde à l'échelle provinciale ... 117

CHAPITRE 5 : SPÉCIALITÉS ... 120

Section 1 : Médecine générale ... 120
1.1 Consultations ... 120
1.2 Visites en cabinet ... 120
1.3 Soins à l'hôpital ... 126
1.4 Visites en services externe céduler ... 128
1.5 Traitement initial de polytraumatisme ... 128
1.6 Visites à domicile ... 128
1.7 Visite sur un navire ... 129
1.8 Examen post-mortem ... 129
1.9 Soins obstétricaux ... 129

1.10 Soins du nouveau-né ... 130
1.11 Psychothérapie ... 130
1.12 Honoraires d'anesthésie ... 131
1.13 Télémédecine ... 131
1.14 Aide medicale a mourir (AMAM) ... 131

Section 2 : Services d'anesthésie ... 133
2.1 Préambule des services d'anesthésie ... 133
2.2 Unités modificatrices ... 134
2.3 Actes spéciaux ... 135
2.4 Consultations et visites ... 137
2.5 Soins à l'hôpital ... 137
2.6 Visite en services externe céduler ... 138
2.7 Soins intensifs ... 138

Section 3 : Spécialistes en chirurgie cardiaque ... 141
3.1 Consultations ... 141
3.2 Soins à l'hôpital ... 141
3.3 Visite en services externe céduler ... 142
3.4 Soins de supervision ... 142
3.5 Autres honoraires de visite ... 142

Section 4 : Spécialistes en dermatologie ... 143
4.1 Consultations : ... 143
4.2 Visites en cabinet ... 143
4.3 Soins à l'hôpital ... 143
4.4 Service externe – Visites avec rendez-vous ... 144
4.5 Visites à domicile ... 144
4.6 Actes dermatologiques ... 145
4.7 Chirurgie micrographique de Mohs ... 146

Section 5 : Spécialistes en chirurgie générale ... 147
5.1 Consultations ... 147
5.2 Visites en cabinet ... 147
5.3 Soins à l'hôpital ... 147
5.4 Visite en services externe céduler ... 148
5.5 Visites à domicile ... 148
5.6 Soins intensifs ... 149
5.7 Traitement initial de polytraumatisme ... 149

Section 6 : Spécialistes en médicine interne générale ... 150
6.1 Consultations ... 150
6.2 Visites en cabinet ... 150
6.3 Soins à l'hôpital ... 150
6.4 Visite en services externe céduler ... 151
6.5 Soins de supervision ... 151
6.6 Autres honoraires de visite ... 151
6.7 Aide medicale a mourir (AMAM) ... 151

Section 7 : Spécialistes en médecine interne ... 153
7.1 Consultations ... 153
7.2 Visites en cabinet ... 153

7.3 Soins à l'hôpital 154
7.4 Visites en services externe céduler 154
7.5 Visites à domicile 155
7.6 Soins intensifs 155
7.7 Stimulateur cardiaque permanent 155
7.8 IRM Cardiaque 155
7.9 Aide médicale à mourir (AMAM) 156

Section 8 : Spécialistes en médecine de laboratoire 157
8.1 Visite en services externe céduler 157
8.2 Divers 157

Section 9 : Spécialistes en neurologie 158
9.1 Consultations 158
9.2 Visites en cabinet 158
9.3 Soins à l'hôpital 158
9.4 Visite en services externe céduler 159
9.5 Visites à domicile 159
9.6 Soins intensifs 160
9.7 Actes spéciaux 160
9.8 Injection de toxine botulinique – autre qu'à l'œil 160

Section 10 : Spécialistes en neurochirurgie 162
10.1 Consultations 162
10.2 Visites en cabinet 162
10.3 Soins à l'hôpital 162
10.4 Visite en service externe céduler 163
10.5 Soins intensifs 163
10.6 Étude de la conduction nerveuse 164

Section 11 : Spécialistes en obstétrique et gynécologie 165
11.1 Consultations 165
11.2 Visites en cabinet 165
11.3 Visite en services externe céduler 166
11.4 Visites à domicile 166
11.5 Soins obstétricaux 167
11.6 Actes gynécologiques – Honoraires additionnels 168

Section 12 : Spécialistes en ophtalmologie 169
12.1 Consultations 169
12.2 Visites en cabinet 169
12.3 Actes 169
12.4 Soins à l'hôpital 170
12.5 Visite en services externe céduler 171
12.6 Visites à domicile 171
12.7 Examens du champ visuel 171
12.8 Examens du champ visuel assisté par ordinateur 172
12.9 Ultrasonographie oculaire 172
12.10 Ajustement de lentilles de contact 172
12.11 Tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT) 173

Section 13 : Spécialistes en chirurgie orthopédique 174

13.1 Consultations 174
13.2 Visites en cabinet 174
13.3 Soins à l'hôpital 174
13.4 Visite en services externe céduler 176
13.5 Visites à domicile 176

Section 14 : Spécialistes en oto-laryngologie 177
14.1 Consultations 177
14.2 Visites en cabinet 177
14.3 Soins à l'hôpital 177
14.4 Visite en services externe céduler 179
14.5 Visites à domicile 179
14.6 Injection intralymphatique de médicament 179
14.7 Examens spéciaux 179
14.8 Électronystagmographie (ENG) 180
14.9 Études de conduction nerveuse 180
14.10 Amygdalectomie et adénoïdectomie 180
14.11 Injection de toxine botulinique 180

Section 15 : Spécialistes en pédiatrie 182
15.1 Consultations 182
15.2 Visites en cabinet 182
15.3 Injections 182
15.4 Soins à l'hôpital 182
15.5 Soins du prématuré 184
15.6 Visite en services externe céduler 184
15.7 Visite à domicile 184
15.8 Soins intensifs 184
15.9 Actes spéciaux 185

Section 16 : Spécialistes en physiatrie et réadaptation 187
16.1 Consultations 187
16.2 Visites en cabinet 187
16.3 Soins à l'hôpital 187
16.4 Secteur ambulatoire – visites sur rendez-vous 188
16.5 Visites à domicile 188
16.6 Points divers 188
16.7 Actes spéciaux 189
16.9 Injection de toxine botulique 191

Section 17 : Spécialistes en chirurgie plastique 193
17.1 Consultations 193
17.2 Visites en cabinet 193
17.3 Soins à l'hôpital 193
17.4 Visite en services céduler 194
17.5 Visites à domicile 194
17.6 Chirurgie restauratrice majeure complexe/Considération spéciale (CS) 195

Section 18 : Spécialistes en psychiatrie 196
18.1 Consultations 196
18.2 Visites en cabinet 196
18.3 Soins à l'hôpital 197

18.4 Visite en services externe céduler 198
18.5 Visites à domicile 198
18.6 Autres actes 198

Section 19 : Spécialistes en pneumologie 200
19.1 Consultations 200
19.2 Visites en cabinet 200
19.3 Soins à l'hôpital 200
19.4 Visite en services externe céduler 201
19.5 Soins de supervision 201
19.6 Autres honoraires de visite 201

Section 20 : Spécialistes en rhumatologie 202
20.1 Consultations 202
20.2 Visites en cabinet 202
20.3 Soins à l'hôpital 202
20.4 Visite en services externe céduler 203
20.5 Soins de supervision 203
20.6 Autres honoraires de visite 203

Section 21 : Spécialistes en urologie 204
21.1 Consultations 204
21.2 Visites en cabinet 204
21.3 Soins à l'hôpital 204
21.4 Visite en services externe céduler 205
21.5 Visites à domicile 205
21.6 Stimulation du nerf sacré 206

Section 22 : Spécialistes en médecine foetale 207
22.1 Consultations 207
22.2 Visite en cabinet 207
22.3 Échographie 207
22.4 Actes 208

Section 23 : Spécialistes en électrophysiologie 209

CHAPITRE 6 : ACTES CHIRURGICAUX 211

Section 1 : Préambule 211

CHAPITRE 7: SYSTÈME TÉGUMENTAIRE 213

Section 1 : Peau et tissu sous-cutané 213
1.1 Incision 213
1.2 Lésions cutanées 213
1.3 Tendons, gaines tendineuses, aponévroses 216
1.4 Opérations du sein 216

CHAPITRE 8 : SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE 217

Section 1 : Préambule 217

Section 2 : Classification 218

Section 3 : Plâtres et attelles 219

Section 4 : Os 219

Section 5 : Articulations 230
Section 6 : Tendons, aponévroses, ligaments 243
Section 7 : Bourses séreuses 246
Section 8 : Muscles 247
Section 10 : Amputations 248
Section 11 : Colonne vertébrale 249
CHAPITRE 9: APPAREIL RESPIRATOIRE 254
Section 1 : Nez 254
Section 2 : Nez – sinus accessoires 255
Section 3 : Larynx 255
Section 4 : Trachée et bronches 256
Section 5 : Paroi thoracique et médiastin 257
Section 6 : Poumons et plèvre 258
CHAPITRE 10 : SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE 259
Section 1 : Veines 259
Section 2 : Artères 260
Section 3 : Cœur et péricarde 262
3.1 Préambule – Cathétérismes cardiaques 262
3.2 Actes diagnostiques 263
3.3 Études électrophysiologiques et cardiostimulation 264
3.4 Actes thérapeutiques 265
Section 4 : Chirurgie cardiaque 265
4.1 Actes généraux 265
4.2 Incision et/ou excision 266
4.3 Réparation 267
4.4 Valvules 267
CHAPITRE 11 : SYSTÈME HEMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE 269
Section 1 : Rate et moelle 269
Section 2 : Vaisseaux lymphatiques 269
CHAPITRE 12 : APPAREIL DIGESTIF 270
Section 1 : Bouche 270
Section 2 : Lèvres 270
Section 3 : Langue 271
Section 4 : Dents et gencives 271
Section 5 : Palais et luette 271
Section 6 : Glandes et canaux salivaires 272
Section 7 : Pharynx, adénoïdes et amygdales 272

Section 8 : Esophage 273
Section 9 : Estomac 275
Section 10 : Intestins (à l'exception du rectum) 277
Section 11 : Diverticule de Meckel et mésentère 279
Section 12 : Appendice 279
Section 13 : Rectum 279
Section 14 : Anus 281
Section 15 : Foie 282
Section 16 : Voies biliaires 282
Section 17 : Pancréas 284
Section 18 : Abdomen, péritoine et épiploon 284
CHAPITRE 13 : SYSTÈME ENDOCRINIEN 288
Section 1 : Thyroïde 288
Section 2 : Parathyroïde, thymus et glandes surrénales 288
CHAPITRE 14 : ACTES DE CHIRURGIE UROLOGIQUE 289
Section 1 : Reins et périnephrium 289
Section 2 : Uretère 290
Section 3 : Vessie 292
Section 4 : Urètre 294
CHAPITRE 15 : APPAREIL GÉNITAL MASCULIN 296
Section 1 : Pénis 296
Section 2 : Testicules 297
Section 4 : Tunique vaginale 297
Section 5 : Scrotum 297
Section 6 : Canal déférent 298
Section 7 : Cordon spermatique 298
Section 8 : Vésicules séminales 298
Section 9 : Prostate 298
CHAPITRE 16 : APPAREIL GÉNITAL FÉMININ 300
Section 1 : Avortement 300
Section 2 : Accouchement chirurgical 300
Section 3 : Vulve 301
Section 4 : Hystérectomie et prolapsus 302
Section 5 : Vagin 304

Section 6 : Trompes de Fallope 304
Section 7 : Ovaires 304
Section 8 : Utérus et col utérin 305
CHAPITRE 17 : ACTES DE NEUROCHIRURGIE 307
Section 1 : Nerfs périphériques 307
Section 2 : Actes de diagnostic et traitements mineurs 307
Section 3 : Traumatismes crâniens 308
Section 4 : Crâne 308
Section 5 : Cerveau 308
Section 6 : Chirurgie vasculaire 310
Section 7 : Nerfs crâniens 310
Section 8 : Divers 310
Section 9 : Neurochirurgie fonctionnelle (comprend la douleur, l'épilepsie et les troubles moteurs) 311
Section 10: Colonne vertébrale 311
CHAPITRE 18 : OPÉRATIONS DE L'OEIL 317
Section 1 : Ablation chirurgicale de l'œil 317
Section 2 : Exentération de l'orbite +/- greffe cutanée 317
Section 3 : Opérations de muscles extraoculaires 317
Section 4 : Autres opérations de l'orbite 317
Section 5 : Paupières 318
Section 6 : Appareil lacrymo-nasal 318
Section 7 : Conjonctive 319
Section 8 : Sclérotique 319
Section 9 : Cornée 319
Section 10 : Opérations du glaucome 320
Section 11 : Opération intraoculaire 320
Section 12 : Opération de la cataracte 320
Section 13 : Autres opérations de la chambre antérieure de l'œil 320
Section 14 : Rétine 321
Section 15 : Corps vitré 321
CHAPITRE 19 : OPÉRATIONS DE L'OREILLE 322
Section 1 : Oreille externe 322
Section 2 : Oreille moyenne 323
Section 3 : Oreille interne 323

CHAPITRE 20 : ACTES DE CHIRURGIE PLASTIQUE 325
Section 1 : Préambule 325
Section 2 : Greffes cutanées et greffes par glissement 326
2.1 Greffes par glissement 326
2.2 Greffes à distance 327
2.3 Reconstruction – tête et cou 327
Section 3 : Greffes cutanées 327
3.1 Prothèses gonflables de distension cutanée 328
Section 4 : Lésions cutanées, tumeurs superficielles, etc. 329
Section 5 : Destruction au laser des lésions cutanées 329
Section 6 : Carcinomes 329
Section 7 : Plaies 329
Section 8 : Brûlures 329
Section 9 : Chéloïdes 329
Section 10 : Joues 330
Section 11 : Nez 330
Section 12 : Orbites 331
Section 13 : Oreilles 331
Section 14 : Bouche 331
Section 15 : Lèvres 332
Section 16 : Palais et luette 332
Section 17 : Sein 333
Section 18 : Tronc 334
Section 19 : Organes génitaux 335
Section 20 : Membres 335
Section 21 : Main 336
Section 22 : Réparations microchirurgicales 336
Section 23 : Divers 337
Section 24 : Chirurgie du tatouage 338
CHAPITRE 21 : ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES 338
Section 1 : Allergies 338
Section 2 : Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques 342
Section 3 : Ultrasonographie cardiaque 347
Section 4 : Ultrasonographie carotidienne 347
Section 5 : Endosonographie 347

Section 6 : Ultrasonographie obstétrique 347
Section 7 : Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler) 348
Section 8 : Examens vasculaires non invasifs (ultrasoniques, Duplex seulement) 348
Section 9 : Mise en place d'une canule veineuse 349
CHAPITRE 22 : ACTES CLINIQUES ASSOCIÉS AUX VISUALISATIONS DIAGNOSTIQUES 351
Section 1 : Honoraires d'actes spéciaux 351
CHAPITRE 23 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE 354
Section 1 Interprétations des tarifs prévus 354
Section 2 : Thorax et viscères thoraciques 356
Section 3 : Abdomen et tube digestif 356
Section 4 : Appareil génito-urinaire 357
Section 5 : Tête et cou 357
Section 6 : Membres supérieurs 358
Section 7 : Membres inférieurs 358
Section 8 : Colonne vertébrale et bassin 359
Section 9 : Divers 359
Section 10 : Actes spéciaux, interprétation seulement 360
Section 11 : Angiographie ou angioplastie cardiaque 361
Section 12 : Tomographie axiale informatisée 361
Section 13 : Ultrasonographie 365
Section 14 : Imagerie par résonance magnétique 368
Section 15 : Actes cliniques et diagnostiques 370
15.1 Système hépato-biliaire 370
15.2 Appareil urinaire 370
15.3 Autres actes 370
CHAPITRE 24 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET EN MÉDECINE NUCLÉAIRE 373
Section 1 : Radiothérapie isotopique 373
Section 2 : Actes diagnostiques isotopiques 373
2.1 Thyroïde 373
2.2 Appareil urinaire 373
2.3 Système digestif 373
2.4 Système cardiovasculaire 374
2.5 Système respiratoire 375
2.6 Système nerveux central 375
2.7 Système squelettique 375
2.8 Autres systèmes 375

CHAPITRE 25 : CODES D'EMPLACEMENT 376
25.1 Cliniques sans rendez-vous : définition 376
25.2 Centre de santé mentale communautaire 377
25.3 Établissements de soins palliatifs approuvés par le gouvernement : 378

INDEX NUMÉRIQUE

1 120
2 98
3 125
4 128
5 95
7 125
8 95
9 76
10 120
12 120
14 129
15 129
16 129
17 130
18 130
19 130
20 130
21 82
22 83
23 83
25 83
26 147
27 147
28 147
29 147
30 130
31 147
33 147
34 148
35 153
36 153
37 153
38 153
40 138
41 153
42 153
44 155
45 128
46 144
47 148
48 165
49 165
50 165
52 178
53 166
54 165
56 165
57 171
58 167
59 198
60 167
61 159
62 163
63 175
64 169
65 169
66 169
68 183
69 169
71 169
72 171
73 153
74 157
76 174
77 174
78 174
80 194
81 174
83 174
84 176
85 182
86 182
87 182
89 182
90 182
91 185
92 183
93 182
94 182
96 184
97 205
98 188
99 ..... 215, 307
100 141
101 141
102 177
103 177
104 177
105 172
106 172
107 177
109 177
110 179
111 180
112 172
113 172
114 172
115 172
116 171
117 171
118 171
119 143
121 143
125 143
126 143
127 144
129 145
130 145
131 145
134 145
135 145
150 330
151 330
152 330
154 145
156 158
157 158
159 158
160 158
161 158
162 158
164 159
166 166
167 160
168 160
169 160
170 160
171 160
172 160
174 160
175 160
177 ..... 307, 339
178 307
179 307
180 307
181 ..... 307, 351
182 351
183 160
184 160
185 160
186 162
188 162
189 162
192 162
193 94
194 185
195 94
196 94
197 154
198 83, 138, 149, 155, 160, 164, 184
199 ..... 81, 126
200 78
201 137
202 187
203 193
204 93
205 93
206 93
207 93
208 93
209 93
210 94
211 130
214 129
216 188
217 137
218 137
219 137
220 155
221 155
222 155
224 160
225 160
226 160
228 169
229 169
230 169
231 171
232 170
233 170
234 173
235 173
236 173
237 184
239 185
240 180
242 180
243 184
244 184
245 184
246 184
247 184
248 184
249 185
250 185

13 février 2020

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
255	145	328	198	391	332	515	219
257	343	329	178	392	244	516	219
258	342	330	171	394	244	517	219
259	342	331	198	395	244	518	219
260	342	332	198	396	244	520	219
261	342	333	198	397	244	521	219
263	191, 343	340	199	398	237	523	243
270	342	341	198	399	245	524	246
271	190, 342	343	204	400	245	525	231
272	190, 342	345	204	401	244	526	222
273	190, 342	346	204	402	244	528	220
274	190, 343	347	204	403	244	530	243
275	190, 343	349	204	404	216	531	221
276	343	350	206	405	216	532	237
277	191, 343	351	205	407	216	533	243
280	170	352	333	408	216	534	222
281	321	353	337	409	216	535	221
282	169	354	337	410	216	536	206
283	96	355	213	411	333	538	219
284	321	356	213	412	333	539	219
287	187	357	213	413	343	546	243
288	187	358	213	414	229	547	237
290	187	359	213	415	229	548	243
292	343	360	213	416	229	551	233
293	188	361	244	417	229	552	233
294	191, 343	362	213, 304	418	229	553	233
295	342	363	213	420	230, 330	554	233
296	342	365	213	421	230, 330	555	220
297	190, 342	366	213	423	229	556	221
300	138	367	213	425	342	557	221
301	154	368	213	426	229	558	222
302	189	369	214	427	229	559	238
303	189	370	214	428	229	561	220
305	193	371	145, 214	429	230	565	220
306	193	372	214	440	222	567	237
307	193	373	145, 214, 329	475	221	568	237
308	193	374	145, 329	499	232	569	237
310	144	376	215	500	231	570	237
311	194	377	215	501	231	571	222
313	138	378	214	502	231	572	222
314	138	379	214	503	231	574	243
315	138	380	214	504	219	575	237
317	329	381	329	505	231	578	246
318	329	382	329	506	231	579	246
319	329	384	214	507	231	580	328
320	329	385	215	508	231	582	221
321	196	386	129	509	233	583	221
322	196	387	215, 307	510	233	584	243
324	196	388	329	511	233	585	239
325	196	389	329	512	232	588	239
327	148	390	216	513	232	594	245

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
595	245	657	255	713	257	764	260
596	246	658	254	714	257	765	260
598	221	659	254	715	257	766	260
599	221	660	254, 330	716	257	767	260, 307
601	246	661	254	717	257	768	260
602	246	662	254	718	258	769	260
605	247	666	254	719	258	770	260
606	247	667	254	720	258	771	260
607	247	668	255	721	258	773	261
608	247	669	255	722	258	774	261
609	247	670	255	723	258	775	261
611	245, 307	672	255	724	258	777	261
612	327	673	255	725	258	778	260
613	245	674	255	726	258	779	258
614	245	675	255	727	258	780	262
615	245	676	255	728	258	781	262
616	245	677	255	729	258	782	258
617	246	678	255	730	258	783	259
618	245	679	255	731	257	784	261
619	245	680	255	732	258	785	262
620	245	681	256	733	258	786	262
621	248	682	256	734	258	787	262
622	248	683	256	735	257	788	262
623	248	684	256	736	352	789	260
624	248	685	256	737	259	790	260
625	248	687	256	738	259	791	260
626	248	688	256	739	259	792	260
627	248	689	256	740	259	794	261
628	248	690	256	741	259	795	262
629	248	691	256	742	259	796	262
630	248	692	256	743	259	798	261
631	248	693	256	744	259, 289	799	261
632	248	694	256	745	259	800	351
633	248	695	256	746	259	802	280
634	248	696	256	747	259	804	262
635	248	697	257	748	259	805	327
637	248	698	256	749	259	808	261
638	248	699	256	750	259	812	265
640	248	700	254	751	259	813	265
641	248	701	256	752	259	814	265
642	254	702	257	753	259	815	265
643	254	703	257	754	259	816	265
644	254	704	256	755	259	817	265
645	254	705	257	756	260	818	265
647	254	706	257	757	260	819	265
649	254	707	257	758	260	820	257, 266
650	254, 330	708	257	759	260, 335	823	255
652	254	709	257	760	260, 335	824	255
653	330	710	257	761	260	825	264
654	254	711	257	762	260, 335	826	264
656	255	712	257	763	260, 335	828	272

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
830	160, 189	889	270, 332	940	273	998	275
831	160, 164, 190	890	270	941	273	999	275
832	135	891	270	942	273	1000	275
833	221	892	270, 332	943	273	1001	276
834	221	893	270, 332	944	273	1002	276
835	302	894	270, 332	947	273	1003	274
836	295	895	270, 332	948	273	1004	276
837	214	896	270, 332	949	273	1005	274
838	279	897	270	950	273	1006	276
839	279	898	270	951	273	1007	276
840	259	899	270, 332	952	273	1008	277
841	139	900	271	953	274	1009	276
842	139	901	271, 332	954	274	1010	276
843	269	902	271	955	274	1011	276
844	269	903	271	956	274	1012	276
845	244	904	271	957	274	1013	277
846	261	905	271	962	274	1014	277
847	93	906	271	963	274	1015	277
848	93	907	271	964	274, 276	1016	277
851	345	908	271	965	274	1017	277
852	345	909	271	966	274	1018	277
853	155	910	271	967	274	1019	277
854	155	911	271	968	274	1020	277
855	155	912	271	969	274	1021	277
856	155	913	271	970	275	1022	278
857	156	914	271	971	275	1023	278
858	156	915	271	972	275	1024	278
864	269	916	271	973	275	1025	278
865	269	917	271	974	275	1026	278
866	269, 342	918	271	975	275	1027	278
867	269	919	271, 332	976	275	1028	278
868	269	920	271, 332	977	275, 286	1029	278
869	269, 335	921	271, 332	978	275	1030	278
870	269, 335	922	272	979	274	1031	278
871	269	923	272, 332	981	274	1032	276
872	269	924	272	982	273	1033	285
873	269	925	272, 332	983	273	1034	278
874	269	926	272	984	273	1035	278
875	269	927	272	985	273	1036	278
876	269	928	272	986	273	1037	278
877	269, 296	929	272	987	273	1038	278
878	269, 296	930	272	988	273	1039	278
879	269	931	272	989	275	1040	278
880	269	932	272, 330	990	275	1042	278
881	270	933	272	991	275	1043	278
882	270, 331	934	272	992	275	1044	278
883	270, 331	935	272	993	275	1045	278
884	270	936	272	994	275	1046	278
885	270	937	272	995	275	1047	279
886	270, 332	938	272	996	275	1048	279
887	270, 332	939	272	997	275	1049	279

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1050	279	1105	281	1165	285	1228	289
1051	275	1106	281	1166	286	1231	289
1053	279	1107	281	1167	286	1233	290
1054	279	1108	281	1168	284	1235	290
1055	279	1109	281	1169	284	1236	289
1056	342	1110	281	1170	286	1239	289
1057	279, 353	1114	282	1171	286	1241	290
1058	279	1118	282	1172	286	1242	291
1059	279	1119	282	1173	286	1243	291
1060	279	1120	282	1174	286	1244	291
1061	279	1121	282	1175	286	1245	291
1062	279	1122	282	1176	286	1246	291
1064	279	1123	282	1177	286	1247	291
1065	279	1124	282	1178	286	1248	291, 293
1066	279	1125	282	1179	286	1249	291
1067	279	1126	282	1180	286	1253	291
1068	280	1128	282	1181	286	1254	292
1069	280	1129	282	1182	286	1255	292
1070	280	1130	283	1183	286	1256	292
1071	280	1131	283	1184	286	1257	292, 302
1072	280	1133	283	1185	286	1259	292
1073	279	1134	283	1186	287	1260	292
1074	280	1135	283	1187	287	1261	292
1075	280	1136	283	1188	287	1262	292
1078	285	1137	283	1189	287	1266	292, 303
1079	280	1138	283	1190	288	1267	291
1080	280	1139	283	1192	288	1268	293
1081	280	1140	283	1193	288	1269	290
1082	280	1141	283	1194	288	1270	290, 291
1083	281	1142	283	1196	288	1271	290
1084	137	1143	283	1198	288	1272	291
1085	280	1144	283	1199	288	1273	291
1086	280	1145	284	1200	288	1274	292
1087	280	1146	284	1201	288	1275	292
1088	280	1147	284	1202	288	1276	291
1089	281	1148	284	1203	288	1278	290
1090	281	1149	284	1204	288	1280	292
1091	281	1150	284	1205	288	1282	293
1092	281	1152	284	1206	288, 290	1284	293
1093	281	1153	284	1207	294	1285	293
1094	281	1154	284	1208	294	1286	293
1095	281	1155	284	1209	298	1287	293
1096	281	1156	284	1210	298	1288	293
1097	281	1157	284	1211	289	1291	293
1098	281	1158	285	1212	289	1292	293
1099	281	1159	285	1215	291	1295	293
1100	281	1160	285	1216	289	1296	293
1101	281	1161	285	1219	289	1297	293
1102	281	1162	285	1220	289	1298	294
1103	281	1163	285	1223	288	1299	294
1104	281	1164	285	1225	289	1301	294

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1305	294	1390	298	1466	305	1541	222, 310
1306	294	1391	298	1469	304	1542	343
1309	294	1393	298	1470	305	1546	307
1311	294	1394	299	1472	305	1547	308
1312	294	1397	299	1473	303	1548	308
1313	294	1399	342	1477	208, 301	1549	308
1314	294	1400	300	1478	301	1550	308
1315	294	1401	300	1479	301	1551	309
1316	294	1404	300	1481	306	1556	309
1321	294, 335	1405	300	1482	306	1560	309
1322	294, 335	1406	300	1484	306	1561	309
1323	294, 335	1407	301	1485	307	1563	311
1324	294	1408	301	1486	307	1565	311
1325	294	1409	301	1487	307	1566	261, 310
1329	294	1412	208	1489	307	1568	310
1331	295	1413	129, 167, 300	1490	307	1569	310
1332	295	1414	208, 301	1492	307	1579	311
1333	295	1416	301	1493	310	1580	311
1340	296	1419	301	1494	310	1581	311
1341	296	1420	301	1495	310	1582	310, 337
1342	296	1421	301	1496	310	1583	311, 337
1345	296	1422	301	1497	307	1584	310
1346	296	1423	302	1499	137	1585	310
1347	296	1424	302	1500	307	1586	310
1348	296	1426	302	1501"	307	1587	310
1350	296	1427	304	1502	309	1588	310
1351	296, 335	1428	304	1503	307	1589	310
1352	296, 335	1434	304	1505	137	1601	319
1353	296, 335	1435	303	1506	351	1602	319
1354	296, 335	1436	303	1508	163	1603	319
1355	296, 335	1438	304	1512	163	1604	319
1357	297	1439	304	1513	163	1605	319
1358	297	1440	304	1514	164	1606	319
1359	297	1441	304	1517	308	1607	319
1360	297	1444	303	1518	308	1608	319
1361	297	1445	304	1519	308	1609	319
1362	297	1447	302	1520	308	1610	319
1364	297	1448	304	1521	308	1611	319
1365	297	1449	304	1522	308	1612	319
1367	297	1450	305	1523	308	1613	319
1368	297, 339	1451	305	1524	308	1614	319
1369	297	1453	305	1527	308	1615	319
1370	297	1454	305	1528	308	1616	319
1371	298	1455	302	1529	308	1617	320
1373	298	1456	302	1530	308	1618	320
1374	298	1458	302	1531	308	1619	320
1375	298	1461	305	1532	308	1620	320
1376	298	1462	305	1534	343	1621	319
1377	298	1463	303	1535	344	1622	320
1379	298	1464	305	1536	344	1623	320
1383	298, 342	1465	305	1537	344	1624	318

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1625	318	1678	323	1734	292	1797	136
1626	318	1679	323	1735	323	1798	83
1627	318, 331	1680	323	1736	324	1799	343
1628	318	1681	323	1738	351	1800	180
1630	318	1684	323	1741	352	1801	272
1631	318	1685	323	1742	352	1802	343
1633	318	1686	323	1743	340	1803	305
1634	318	1687	323	1744	340	1804	348
1635	319	1688	323	1745	96	1805	348
1636	319	1689	323	1746	96	1806	348
1637	319	1690	323	1747	96	1807	348
1638	319	1691	323	1752	76	1808	348
1639	319	1692	323	1753	292	1809	342
1640	319	1693	323	1754	288	1810	102
1641	319	1694	324	1755	238	1812	139
1642	320	1695	324	1756	214	1813	321
1643	317	1696	324	1757	310	1814	320
1644	317	1697	324	1758	309	1815	290
1645	317	1698	324	1760	305	1816	347
1646	317	1699	324	1762	190, 343	1817	302
1647	317	1700	229	1763	190, 343	1818	302
1648	320	1701	332	1764	343	1819	128
1649	320	1702	332	1765	191, 343	1820	138
1650	320	1703	230	1766	191, 343	1821	155
1651	320	1704	230	1767	191, 343	1822	144
1652	321	1705	230	1768	323	1823	149
1653	321	1706	230	1769	322	1824	178
1654	321	1707	230	1770	136, 137	1825	171
1655	317	1708	230	1771	136, 137	1826	197
1656	317	1709	230	1772	136, 137	1827	160
1657	317	1710	230	1773	254	1828	164
1658	317	1711	351	1774	270	1829	175
1659	317	1712	352	1775	270	1830	184
1660	317	1713	352	1776	273	1831	194
1661	317	1714	352	1777	255	1832	205
1662	317	1715	351	1778	255	1833	188
1663	317	1716	352	1779	236	1834	166
1664	322	1717	353	1781	236	1835	305
1665	322	1718	353	1782	236	1836	305
1666	322	1719	353	1783	236	1837	309
1667	322, 331	1720	353	1784	274	1838	227
1668	322	1721	352	1785	274	1839	224
1669	322	1722	306	1786	255	1840	227
1670	322	1724	256	1787	255	1841	236
1671	322, 331	1725	339	1788	255	1843	336
1672	320	1726	339	1789	255	1844	336
1673	320	1727	273	1790	255	1845	336
1674	323	1728	256	1791	255	1846	336
1675	323	1729	295	1792	304	1847	336
1676	323	1732	290	1793	136	1848	336
1677	323	1733	291	1796	136	1849	336

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1850	337	1902	339	1962	236	2021	77, 104
1851	337	1903	339	1963	221	2022	179
1852	337	1905	190, 339	1964	245	2023	172
1853	337	1906	341	1968	246	2024	179
1854	337	1907	339	1969	247	2025	264
1855	337	1908	339, 342	1970	259	2026	264
1856	337	1909	136	1971	259	2027	172
1857	337	1910	136	1972	223	2028	179
1858	337	1911	339	1973	261, 310	2029	172
1859	337	1912	264	1974	136, 261	2030	179
1860	337	1913	264	1975	136, 272	2031	172
1861	337	1914	339	1976	237, 272	2032	179
1862	337	1916	339	1977	276	2034	179
1863	337	1918	263	1978	241	2035	160, 180
1864	263	1919	263	1980	281	2036	180
1865	263	1921	263	1982	289	2037	254
1866	263	1922	255, 339	1983	342	2038	273
1867	263	1923	340	1984	293	2039	273
1868	263	1924	340	1985	294	2040	321
1869	263	1927	340	1987	295	2041	220
1870	263	1928	340	1988	296	2042	323
1871	263	1929	340	1989	345	2043	345
1872	263	1930	340	1990	340	2045	277
1873	263	1931	340	1991	351	2046	277
1874	263	1932	340	1992	344	2047	345
1875	264	1933	340	1993	344	2048	345
1876	264	1934	340	1994	344	2049	341
1877	264	1935	340	1995	344	2050	83, 349
1878	265	1936	341	1996	344	2051	83, 349
1879	265	1937	341	1998	221	2052	349
1880	265	1938	341	1999	84	2053	349
1881	341	1939	341	2000	76	2054	349
1882	342	1940	341	2001	76	2055	349
1883	349	1941	190, 341	2002	167	2057	277
1884	83	1942	341	2003	230	2061	351
1885	349	1943	341	2004	242	2062	351
1886	83	1944	341	2005	237	2063	351
1887	191, 343	1945	84	2006	246	2064	352
1888	343	1946	341	2007	246, 327	2065	353
1889	191, 343	1947	341	2008	246, 336	2066	342, 353
1890	191, 343	1948	190, 341	2009	264	2067	353
1892	338	1949	233	2010	264	2068	221
1893	97	1950	341	2011	264	2069	246
1894	98, 338	1952	342	2012	264	2070	246
1895	339	1953	282, 342	2013	351	2077	293
1896	207, 347	1954	269, 342	2014	351	2078	293
1897	207, 348	1955	342	2015	352	2079	293
1898	83	1956	342	2016	352	2080	293
1899	339	1959	233	2017	222	2081	349
1900	216, 339	1960	219	2019	269	2082	349
1901	339	1961	219, 269	2020	77	2083	301

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2084	296	2142	219	2202	327	2257	144
2085	296	2143	219	2203	327	2258	143
2086	296	2145	230	2204	327	2259	330
2087	353	2146	351	2205	327	2260	330
2089	214	2147	351	2206	327	2261	330
2094	343	2148	351	2207	327	2262	330
2095	343	2149	351	2208	327	2263	330
2096	230	2154	351	2209	327	2264	331
2097	230	2155	352	2210	327	2265	331
2098	344	2156	351	2211	327	2266	318, 331
2099	344	2158	352	2212	327	2267	318, 331
2100	344	2159	352	2213	328	2268	318, 331
2101	344	2160	352	2214	328	2269	331
2102	344	2161	352	2215	328	2270	331
2103	344	2162	352	2216	328	2271	318, 331
2104	344	2163	352	2217	328	2272	318, 331
2105	344	2164	305, 352	2218	328	2273	322, 331
2106	344	2165	352	2219	328	2274	322, 331
2107	344	2168	278	2220	328	2275	322, 331
2108	344	2169	352	2221	328	2276	322, 331
2109	344	2170	294	2222	328	2277	319
2110	344	2171	183	2223	328	2278	331
2111	344	2172	131, 185	2224	328	2280	322, 331
2112	344	2173	126	2225	328	2281	322, 331
2113	344	2174	126	2226	328	2282	323, 331
2114	344	2175	127	2227	215, 318	2283	323, 331
2115	345	2176	126	2228	185	2284	332
2116	345	2177	260	2229	229	2285	332
2117	345	2178	259	2230	229	2286	332
2118	345	2179	262	2231	229	2287	332
2119	351	2180	331	2232	229	2288	332
2120	191, 351	2181	276	2233	229	2289	332
2121	291, 353	2182	276	2234	229	2290	332
2122	348	2183	277	2235	229	2291	272, 332
2123	348	2184	278	2236	229	2292	272, 332
2124	348	2185	279	2237	229	2293	334
2125	348	2186	280	2238	230	2294	334
2126	348	2188	285	2239	230	2295	328
2127	348	2189	317	2240	230	2296	319
2128	348	2190	317	2241	230, 317	2297	319
2129	348	2191	317	2244	233	2298	295, 335
2130	348	2192	317	2245	238	2299	335
2131	345	2193	317	2246	238	2300	335
2134	345	2194	317	2248	220	2301	335
2135	345	2195	318	2250	219	2302	335
2136	345	2196	318	2251	330	2303	335
2137	345	2197	319	2252	330	2304	335
2138	219	2198	319	2253	330	2305	336
2139	219	2199	319	2254	330	2306	336
2140	219	2200	327	2255	143	2307	245
2141	219	2201	327	2256	143	2308	245

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2309	245	2373	341	2434	174	2499	258
2310	245	2374	319	2440	229	2500	258
2311	328	2375	352	2441	178	2501	158
2313	246	2376	308	2442	178	2502	158
2315	328	2381	147	2443	178	2503	159
2316	246	2382	148	2444	178	2504	158
2317	238	2383	148	2449	136	2505	258
2318	238	2384	148	2450	216	2506	258
2319	328	2385	319	2451	182	2507	257
2320	246	2386	319	2452	136	2508	257
2321	246	2387	319	2453	182	2509	257
2322	246	2388	319	2454	136	2510	259
2324	245	2389	320	2455	182	2511	259
2325	245	2390	320	2456	285	2512	259
2326	337	2391	162	2461	193	2515	352
2327	337	2392	162	2462	193	2516	260
2328	337	2393	163	2463	194	2517	260
2329	337	2394	162	2464	193	2518	261
2330	338	2395	320	2465	277	2519	261
2331	338	2396	320	2466	277	2520	261
2332	338	2397	320	2467	277	2521	261
2333	338	2398	320	2468	277	2522	260
2334	338	2399	320	2469	320	2523	261
2335	338	2400	320	2470	317	2524	262
2336	332	2401	154	2471	197	2525	261
2337	334	2402	154	2472	197	2526	261
2338	179	2403	170	2473	197	2527	261
2339	262	2404	154	2474	197	2528	261
2340	262	2405	320	2475	84	2529	261
2341	269	2406	320	2476	349	2530	261
2342	275	2407	321	2477	349	2531	262
2344	277	2408	321	2478	84	2532	260
2345	289	2409	321	2480	84	2533	261
2346	291	2410	321	2481	204	2534	261
2347	296	2411	165	2482	204	2535	261
2348	297	2412	165	2483	205	2536	261
2349	297	2413	166	2484	204	2537	262
2350	301	2414	165	2485	257	2538	262
2351	306	2415	318	2486	257	2539	262
2352	341	2416	149	2487	215	2540	262
2353	308	2417	337	2488	215, 307	2541	260
2354	308	2418	336	2489	215	2542	274
2355	308	2420	306	2490	257	2543	274
2360	309	2421	170	2491	187	2546	275
2361	307	2422	170	2492	187	2547	275
2366	311	2423	170	2493	188	2548	275
2367	311	2424	170	2494	187	2549	275
2368	311	2425	348	2495	258	2550	276
2369	311	2431	174	2496	258	2551	276
2371	321	2432	174	2497	258	2552	276
2372	321	2433	175	2498	258	2553	276

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2554	278	2612	220	2679	224	2734	226
2555	278	2613	220	2680	224	2735	226
2556	278	2615	221	2681	224	2736	226
2557	278	2616	221	2682	224	2737	226
2558	279	2617	221	2683	224	2738	226
2559	279	2618	221	2684	224	2739	226
2560	280	2619	221, 238	2685	224	2740	226
2561	280	2620	221	2686	224	2741	227
2562	282	2621	238	2687	224	2742	227
2563	282	2622	222	2688	224	2743	227
2565	283	2623	222	2692	224	2744	227
2566	283	2625	238	2693	224	2745	227
2567	283	2626	222	2694	224	2747	228
2568	283	2627	222	2695	225	2748	227
2569	283	2628	222	2696	225	2749	227
2570	283	2629	222	2697	225	2750	227
2571	283	2630	222	2698	225	2752	227
2572	283	2634	222	2699	225	2753	227
2573	283	2635	244	2700	225	2754	227
2574	283	2636	244	2701	225	2755	227
2575	283	2637	220	2702	225	2756	227
2576	283	2640	245	2703	225	2757	228
2577	284	2642	228	2704	225	2758	228
2578	284	2643	228	2705	225	2759	228
2579	286	2648	223	2706	225	2760	228
2580	286	2649	223	2707	225	2761	228
2581	286	2650	223	2708	225	2762	228
2582	286	2651	223	2709	225	2766	228
2583	286	2652	223	2710	225	2767	228
2584	286	2653	223	2711	225	2770	228
2585	286	2654	223	2712	225	2771	228
2586	348	2655	223	2713	225	2772	228
2587	256	2656	223	2714	225	2773	228
2588	256	2657	223	2715	225	2774	231
2589	256	2658	223	2716	225	2775	231
2590	256	2659	223	2717	225	2776	231
2591	256	2660	223	2718	225	2777	231
2592	344	2661	223	2719	225	2778	232
2594	219	2662	223	2720	226	2779	232
2595	219	2663	223	2721	226	2780	232
2596	219	2664	223	2722	226	2781	232
2597	221	2665	223	2723	226	2782	232
2598	219	2666	223	2724	226	2783	233
2601	220	2671	230	2725	226	2784	233
2602	220	2672	224	2726	226	2785	233
2603	220	2673	224	2728	226	2786	242
2605	220	2674	224	2729	226	2788	233
2606	220	2675	224	2730	226	2790	237
2607	220	2676	224	2731	226	2791	237
2608	220	2677	224	2732	226	2792	237
2609	220	2678	224	2733	226	2793	237

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2796	237	2864	206	2948	310	3009	356
2797	237	2865	327	2949	310	3010	356
2798	237	2866	327	2950	311	3011	356
2799	238	2867	327	2952	341	3012	356
2800	238	2868	327	2953	301	3013	356
2801	238	2875	282, 352	2954	285, 303	3014	356
2805	238	2876	82	2955	348	3015	356
2806	232	2877	83	2956	97, 176	3017	356
2807	239	2878	83	2959	75	3018	357
2809	241	2880	336	2960	75	3019	357
2811	214	2881	336	2961	75	3023	357
2813	243	2882	336	2962	75	3024	357
2816	342	2883	336	2966	347	3028	357
2817	342	2884	336	2967	347	3029	357
2818	244	2885	336	2968	347	3030	357
2819	244	2886	336	2969	347	3031	357
2821	245	2887	336	2970	347	3033	357
2822	245	2888	336	2971	284	3034	357
2823	245	2889	336	2973	303	3035	357
2824	245	2894	282	2975	285	3036	357
2825	245	2895	282	2976	285	3037	357
2826	246	2896	282	2977	305	3038	357
2828	247	2897	283	2978	305	3039	357
2830	222	2898	283	2979	97	3040	357
2831	78	2900	333	2980	347	3041	357
2832	78	2911	172	2981	347	3043	357
2833	149	2912	172	2982	347	3044	357
2834	149	2913	173	2983	282	3045	357
2835	149	2922	175	2984	282	3046	357
2837	198	2923	128	2985	275	3047	357
2838	341	2924	216	2986	275	3049	357
2839	352	2925	77	2987	278	3050	357
2840	353	2926	78	2988	283	3051	357
2845	333	2927	137	2989	282	3052	357
2846	333	2928	137	2990	285	3055	357
2848	333	2929	137	2991	285, 302	3056	357
2849	333	2930	306	2992	318	3061	357
2850	280	2931	306	2994	317	3062	357
2851	304	2932	236	2995	317	3063	357
2852	305	2934	236	2996	170	3065	357
2853	254	2935	237	2997	170	3066	357
2854	78	2938	236	2998	170	3067	357
2855	76	2939	236	2999	170	3069	357
2856	76	2940	236	3000	356	3071	358
2857	163	2941	236	3001	356	3073	358
2858	76	2942	236	3002	356	3074	358
2859	76	2943	236	3003	356	3077	358
2860	184	2944	236	3005	356	3078	358
2861	76	2945	236	3006	356	3079	358
2862	294	2946	222, 310	3007	356	3080	358
2863	298	2947	222	3008	356	3081	358

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
3082	358	3135	360	3201	365	3259	371
3083	358	3136	360	3202	361	3260	371
3084	358	3137	360	3206	360	3261	371
3085	358	3139	360	3207	360	3262	371
3086	358	3140	360	3212	370	3264	371
3087	358	3141	360	3213	362	3265	371
3088	358	3143	360	3214	357	3266	371
3089	358	3144	360	3215	357	3267	371
3090	358	3145	360	3216	358	3268	371
3091	358	3147	360	3217	358	3269	371
3092	358	3148	360	3218	358	3270	371
3093	358	3149	361	3219	358	3271	371
3094	358	3150	361	3220	358	3272	371
3095	358	3151	362	3221	359	3273	371
3096	358	3152	362	3222	359	3274	372
3097	358	3153	361	3223	360	3275	372
3098	358	3154	361	3224	358	3276	372
3099	358	3155	361	3225	360	3277	372
3100	358	3156	361	3226	364	3278	372
3101	358	3157	361	3227	365	3279	372
3102	358	3158	361	3228	364	3280	371
3103	358	3159	361	3229	357	3281	371
3104	358	3160	362	3230	362	3282	372
3105	358	3161	362	3231	366	3283	372
3106	358	3162	361	3232	356	3284	372
3107	358	3164	361	3233	356	3285	372
3108	358	3165	363	3234	356	3286	370
3109	359	3166	361	3235	356	3287	371
3110	359	3167	361	3236	357	3288	371
3111	359	3168	362	3237	366	3289	372
3112	359	3169	363	3238	367	3291	370
3113	359	3170	365	3239	367	3293	370
3114	359	3171	365	3240	367	3294	370
3115	359	3172	365	3241	367	3295	370
3116	359	3173	366	3242	370	3296	370
3117	359	3174	366	3243	370	3298	370
3118	359	3175	366	3244	370	3299	370
3119	359	3176	366	3245	370	3300	371
3120	359	3177	366	3246	370	3301	371
3121	359	3178	366	3247	370	3302	371
3122	359	3179	367	3248	370	3303	372
3123	359	3180	367	3249	370	3304	372
3124	360	3181	362	3250	370	3308	363
3125	360	3183	360	3251	371	3309	363
3126	362	3184	360	3252	370	3310	363
3127	362	3185	360	3253	371	3311	359
3128	360	3186	360	3254	372	3312	364
3129	360	3187	360	3255	371	3315	372
3130	360	3196	365	3256	372	3316	361
3131	360	3197	365	3257	371	3317	361
3133	360	3198	367	3258	371	3318	363

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
3319	363	3466	366, 367	3621	368	3672	370
3320	363	3467	366, 367	3622	368	3673	370
3321	364	3472	366, 367	3623	368	3674	370
3322	364	3473	367	3624	368	4011	373
3323	364	3474	367	3625	368	4012	373
3324	364	3475	367	3626	368	4013	373
3325	364	3476	367	3627	368	4015	373
3326	364	3477	367	3628	368	4016	373
3327	365	3478	367	3629	368	4017	373
3328	366	3479	367	3630	368	4018	373
3329	371	3484	365, 366	3631	368	4019	373
3330	371	3485	365, 366	3632	368	4029	373
3331	371	3486	365, 366	3633	368	4030	373
3332	371	3487	365, 366	3634	369	4031	373
3333	371	3500	365	3635	369	4036	374
3334	371	3501	365	3636	369	4037	374
3335	372	3502	365	3637	369	4038	374
3400	361, 362, 363	3503	365	3638	369	4039	374
3401	361, 362, 363	3504	366	3639	369	4040	374
3402	361, 362, 363	3505	366	3640	369	4042	373
3403	361, 362, 363	3506	366	3641	369	4045	374
3404	361, 362, 363	3507	366	3642	369	4047	375
3405	361, 362, 363	3508	366	3643	369	4048	375
3406	361, 362, 363	3509	366	3644	369	4049	375
3407	361, 362, 363	3510	366	3645	369	4050	375
3408	362, 363, 364, 365	3511	366	3646	369	4051	375
		3516	367	3647	369	4052	375
3409	362, 363, 364, 365	3517	367	3648	369	4053	375
		3518	367	3649	369	4055	375
3410	362, 363, 364, 365	3519	367	3650	369	4056	375
		3600	368	3651	369	4058	375
3411	362, 363, 364, 365	3601	368	3652	369	4060	373
		3602	368	3653	369	4061	375
3440	365	3603	368	3654	369	4062	373
3441	365	3604	368	3655	369	4063	374
3442	365	3605	368	3656	369	4064	373
3443	365	3606	368	3657	369	4065	374
3444	365, 366	3607	368	3658	369	4066	373
3445	365, 366	3608	368	3659	369	4068	374
3446	365, 366	3609	368	3660	369	4069	374
3447	365, 366	3610	368	3661	369	4070	374
3452	366, 367	3611	368	3662	369	4071	374
3453	366, 367	3612	368	3663	369	4072	374
3454	366, 367	3613	368	3664	369	4074	374
3455	366, 367	3614	368	3665	369	4075	374
3456	366	3615	368	3666	369	4076	373
3457	366	3616	368	3667	369	4077	374
3458	366	3617	368	3668	369	4078	374
3459	366	3618	368	3669	369	4079	374
3464	366, 367	3619	368	3670	369	4080	374
3465	366, 367	3620	368	3671	370	4081	374, 375

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
4082	375	8025	267	8076	293	8131	262
4083	375	8026	267	8077	293	8132	92
4084	375	8027	267	8078	293	8133	92
4085	374	8028	267	8079	170	8134	92
4086	375	8029	267	8080	170	8135	160, 180, 191, 247
4087	375	8030	267	8081	170		
4088	374	8031	267	8082	320	8136	160, 180, 191, 247
4090	373	8032	267	8083	285		
4091	374	8033	267	8084	276	8137	273
4092	374	8034	267	8085	276	8138	297
4093	373	8035	267	8086	263, 265	8139	284
4094	373	8036	267	8087	263, 265	8140	180
4095	374	8037	267	8088	164, 190	8141	155
4097	373	8038	267	8089	262	8142	155
4098	375	8039	267	8090	285	8143	155
4099	375	8040	267	8091	262	8144	154
4100	375	8041	267	8092	262	8145	276
4101	375	8042	267	8094	288, 290	8146	258
4102	359, 373	8043	267	8095	298	8147	347
4103	374	8044	267	8096	294	8148	347
4104	375	8045	267	8097	294	8149	347
4105	375	8046	267	8098	298	8150	347
4106	373	8047	267	8099	292	8151	347
4107	373	8048	267	8100	341	8152	347
4108	374	8049	267	8101	120	8153	347
4109	374	8050	267	8104	124	8154	347
4110	374	8051	267	8105	124	8155	349
8000	265	8052	267	8106	124	8158	339
8001	265	8053	267	8107	121	8159	339
8002	266	8054	267	8108	127	8160	339
8003	266	8055	267	8109	122	8161	131, 151, 156
8004	266	8056	267	8110	127	8162	131, 151, 156
8005	266	8057	267	8111	142	8164	219
8006	266	8058	267	8112	142	8165	220
8007	266	8059	267	8113	123	8166	220
8008	266	8060	267	8114	275	8167	220
8010	266	8061	267	8116	121, 196	8168	220
8011	266	8062	268	8117	96	8169	220
8012	266	8063	268	8118	301	8170	220
8013	266	8064	268	8119	103	8171	353
8014	266	8065	268	8120	274	8172	353
8015	266	8066	268	8121	145	8173	303
8016	266	8067	268	8122	277	8176	303
8017	266	8068	268	8123	277	8177	303
8018	266	8069	268	8124	277	8178	220
8019	266	8070	268	8125	210, 264	8179	220
8020	266	8071	265	8126	350	8180	220
8021	266	8072	139, 191	8127	286	8181	170
8022	266	8073	139, 191	8128	372	8182	167
8023	266	8074	140, 191	8129	353	8183	167
8024	266	8075	305, 352	8130	268	8184	220

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8185	220	8237	225	8302	159	8357	146
8186	220	8238	225	8303	163	8358	237
8187	220	8239	226	8304	175	8359	237
8188	220	8240	227	8305	183	8360	207
8189	220	8241	201	8306	194	8361	207
8190	221	8242	200	8307	205	8363	207
8191	221	8243	200	8308	188	8364	207
8192	221	8244	200	8309	166	8365	207
8193	221	8245	200	8311	200	8366	207
8194	221	8246	201	8312	200	8367	207
8195	221	8247	226	8313	200	8368	207
8196	221	8248	226	8314	200	8369	207
8197	221	8249	226	8315	202	8370	207
8198	221	8250	228	8316	202	8371	207
8199	221	8251	295, 303	8317	202	8372	207
8200	222	8252	226	8318	202	8373	208
8201	222	8253	226	8319	202	8374	208
8202	222	8254	226	8320	141	8375	208
8203	222	8255	226	8321	141	8376	208
8204	222	8256	227	8322	141	8377	208
8205	222	8257	227	8323	136	8378	208
8206	222	8258	227	8324	136	8379	208
8207	222	8259	231	8325	136	8380	208
8208	222	8260	231	8326	136	8381	208
8209	222	8271	98	8327	138	8382	208
8210	223	8276	227	8328	231	8383	208
8211	185	8277	227	8329	231	8384	208
8212	185	8278	227	8330	231	8385	208
8213	185	8279	227	8331	231	8386	208
8214	183	8280	227	8332	231	8387	208, 301
8215	186	8281	227	8333	232	8388	232
8216	185	8282	228	8334	232	8389	232
8218	223	8283	228	8336	349	8390	232
8219	223	8284	228	8339	296	8391	232
8220	223	8285	228	8340	296	8392	232
8221	223	8286	228	8341	294	8393	232
8222	223	8287	228	8342	203	8394	232
8223	223	8288	228	8343	203	8395	232
8224	223	8289	228	8344	202	8396	232
8225	224	8290	228	8345	202	8397	232
8226	224	8291	228	8346	202	8398	237
8227	224	8292	231	8347	202	8399	237
8228	224	8293	231	8348	233	8400	243
8229	224	8294	231	8349	233	8401	243
8230	224	8295	231	8350	146	8402	239
8231	224	8296	231	8351	146	8405	233
8232	224	8297	231	8352	146	8406	233
8233	224	8298	231	8353	146	8407	233
8234	225	8299	231	8354	146	8408	233
8235	225	8300	231	8355	146	8409	233
8236	225	8301	197, 200	8356	146	8410	233

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8411	233	8462	234	8613	288, 290	8692	238
8412	233	8463	234	8622	289, 290	8693	238
8413	233	8464	234	8623	293	8694	238
8414	233	8465	234	8624	298	8695	238
8415	233	8466	234	8627	291	8696	238
8416	233	8467	234	8628	294	8697	238
8417	233	8468	234	8629	169	8698	238
8418	233	8469	234	8630	100	8699	239
8419	232	8470	234	8631	100	8700	302
8420	209	8471	235	8632	100	8701	300
8421	209	8472	235	8633	100	8702	300
8422	209	8473	235	8634	100	8703	300
8423	209	8474	235	8635	100	8704	208, 301
8424	209	8475	235	8636	100	8705	305
8425	209	8476	235	8637	101	8706	168
8426	209	8477	235	8638	101	8707	300
8427	209	8478	235	8639	101	8708	244
8428	209	8479	235	8640	101	8709	244
8429	209	8480	235	8641	101	8710	244
8430	210	8481	235	8642	101	8711	244
8431	210	8482	235	8643	101	8712	244
8432	210	8483	235	8644	101	8713	244
8433	210	8484	235	8645	101	8714	245
8434	210	8485	235	8646	101	8715	129
8435	210	8486	235	8647	101	8717	131
8436	210	8487	236	8648	101	8718	131
8437	210	8488	236	8649	101	8719	103, 131
8438	210	8489	236	8650	102	8720	128
8439	210	8490	236	8660	100	8721	138
8440	210	8491	236	8661	100	8722	142
8441	210	8492	236	8662	100	8723	144
8442	235	8493	236	8663	100	8724	148
8443	235	8494	236	8664	100	8725	154
8444	235	8495	236	8665	100	8727	163
8445	235	8496	236	8666	100	8728	166
8446	235	8497	237	8667	101	8729	171
8447	235	8498	237	8668	101	8730	176
8448	235	8499	237	8669	101	8731	179
8449	242	8500	237	8670	101	8732	184
8450	234	8600	294	8671	101	8733	188
8451	234	8601	296	8672	101	8734	194
8452	234	8602	296	8673	101	8735	198
8453	234	8603	293	8674	101	8736	201
8454	234	8604	293	8675	101	8737	203
8455	234	8605	206	8676	101	8738	205
8456	234	8606	206	8677	101	8739	157
8457	234	8607	289	8678	101	8740	151
8458	234	8609	289	8679	101	8741	237
8459	234	8610	289	8680	102	8742	238
8460	234	8611	290	8690	238	8743	238
8461	234	8612	290	8691	238	8744	238

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8745	238	8797	234	8858	252	8918	240
8746	238	8798	236	8859	253	8919	240
8747	96	8799	242	8860	253	8920	240
8748	247	8810	249	8861	253	8921	240
8749	247	8811	249	8862	253	8922	240
8750	309	8812	249	8863	253	8923	240
8751	245	8813	249	8864	253	8924	240
8752	245	8814	249	8865	253	8925	240
8753	245	8815	249	8866	253	8926	241
8754	245	8816	250	8867	253	8927	241
8755	246	8817	250	8868	253	8928	241
8756	246	8818	250	8869	253	8929	241
8757	246	8819	250	8870	253	8930	241
8758	246	8820	250	8871	253	8931	241
8759	246	8821	250	8872	253	8934	242
8760	150	8822	250	8873	246	8935	242
8761	150	8823	250	8874	246	8936	242
8762	150	8824	250	8875	246	8937	242
8763	150	8825	250	8876	322	8938	242
8764	150	8826	250	8877	254	8939	242
8765	150	8827	250	8879	272	8940	242
8766	150	8828	250	8880	273	8941	242
8767	150	8829	250	8889	105	8942	242
8768	150	8830	250	8894	248	8943	242
8769	151	8831	250	8895	248	8944	242
8770	151	8832	250	8896	248	8945	242
8771	241	8833	250	8897	248	8946	242
8772	241	8834	251	8898	104	8947	242
8773	241	8835	251	8899	105	8948	243
8774	241	8836	251	8900	333	8949	243
8775	241	8837	251	8901	137, 141, 143, 147, 150, 153, 158, 162, 165, 174, 177, 187, 193, 200, 202, 204	8950	341
8777	241	8838	251			8951	179
8778	241	8839	251			8953	173
8779	241	8840	251			8954	173
8780	241	8841	251			8955	341
8781	241	8842	251	8902	239	8956	243
8782	241	8843	251	8903	239	8957	274
8783	241	8844	251	8904	239	8958	243
8784	241	8845	251	8905	239	8959	243
8785	241	8846	251	8906	239, 243	8961	243
8786	241	8847	251	8907	239	8962	243
8787	241	8848	252	8908	239	8963	243
8788	241	8849	252	8909	239	8964	243
8789	241	8850	252	8910	239	8965	243
8790	242	8851	252	8911	239	8966	243
8791	242	8852	252	8912	239, 240	8967	107, 243
8792	220	8853	252	8913	239	8968	243
8793	220	8854	252	8914	239, 240	8969	243
8794	220	8855	252	8915	240	8970	107
8795	232	8856	252	8916	240	8971	107
8796	232	8857	252	8917	240	8972	108

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8973	108	9048	309	9100	313	9151	122
8974	108	9049	309	9101	314	9158	92
8975	107	9050	309	9102	314	9159	92
8977	107	9051	309	9103	314	9160	92
8978	107	9052	309	9104	314		
8987	106	9053	309	9105	314		
8988	106	9054	309	9106	314		
8989	105	9055	310	9107	314		
8990	105	9056	310	9108	314		
8991	105	9057	310	9109	314		
8992	105	9058	310	9110	314		
8997	106	9059	310	9111	314		
8998	106	9061	311	9112	314		
9001	164, 189	9062	311	9113	314		
9002	164, 189	9063	311	9114	314		
9003	164, 190	9064	311	9115	315		
9004	164, 190	9065	311	9116	315		
9011	302	9066	311	9117	315		
9012	145	9067	311	9118	315		
9013	145	9068	311	9119	315		
9014	145	9069	311	9120	315		
9015	300	9070	311	9121	315		
9016	300	9071	311	9122	315		
9017	302	9072	311	9123	315		
9018	302	9073	311	9124	315		
9019	302	9074	312	9125	315		
9020	302	9075	312	9126	316		
9021	302	9076	312	9127	316		
9022	302	9077	312	9128	316		
9023	303	9078	312	9129	316		
9024	303	9079	312	9130	316		
9025	303	9080	312	9131	316		
9026	303	9081	312	9132	316		
9027	306	9082	312	9133	316		
9028	304	9083	312	9134	316		
9029	168	9084	312	9135	316		
9032	307	9085	312	9136	316		
9033	307	9086	313	9137	316		
9035	307	9087	313	9138	316		
9036	308	9088	313	9139	316		
9037	308	9089	313	9140	316		
9038	309	9090	313	9141	159		
9039	309	9091	313	9142	126		
9040	309	9092	313	9143	126		
9041	309	9093	313	9144	180, 181		
9042	309	9094	313	9145	196		
9043	309	9095	313	9146	196		
9044	309	9096	313	9147	280		
9045	309	9097	313	9148	122		
9046	309	9098	313	9149	122		
9047	309	9099	313	9150	122		

CHAPITRE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ASSURANCE-MALADIE

Section 1 : Conditions de participation

1.1 Définition de médecin

La *Loi sur le paiement des services médicaux* définit un médecin comme une personne ayant légalement le droit d'exercer la médecine à l'endroit où elle l'exerce.

1.2 Médecin participant

Selon la définition qu'en donne le Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, un médecin participant est un médecin qui a choisi, conformément au Règlement, d'exercer sa profession dans le cadre des dispositions de la Loi et du Règlement, c.-à-d. qu'il a opté pour la participation au régime.

1.3 Procédure à suivre pour devenir médecin non participant

Tout médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick qui n'a pas opté pour la participation au régime est réputé avoir opté pour la non-participation. Aucune autre mesure n'est requise de sa part pour avoir le statut de non-participant.

Un médecin qui a opté pour la participation au régime et qui désire par la suite changer son statut et opter pour la non-participation totale peut le faire en avisant le Ministère par écrit de son intention. Son changement de statut entre en vigueur à la date de la réception par le Ministère de l'avis écrit ou à la date précisée par le médecin.

1.3.1 Médecins non participants

Les médecins non participants ne sont pas payés directement par l'Assurance-maladie pour les services qu'ils dispensent. Ils doivent dans tous les cas facturer les services à leurs patients. Ceux-ci n'ont pas droit à un remboursement de l'Assurance-maladie.

Cependant, il y a lieu de noter qu'un médecin participant peut opter pour la non-participation dans le cas de n'importe quel patient, mais il doit le faire pour la totalité du traitement de l'état du patient sous ses soins, y compris toutes les complications qui pourraient survenir au cours d'une période raisonnable.

Dans le cas d'une série de services comportant des honoraires combinés, ou pour lesquels les honoraires sont liés entre eux, le médecin doit opter soit pour la participation, soit pour la non-participation relativement à la série entière des services qui suivent la visite initiale.

La non-participation n'est pas autorisée pour des soins d'urgence, pour des services dispensés à des patients hospitalisés, sauf s'il en a été convenu avant l'admission, de même que pour des soins déjà amorcés dans le cadre de la participation. Personne ne doit être privé d'un accès raisonnable aux services en raison d'une non-participation.

Les patients n'ont droit à aucun remboursement, en tout ou en partie, pour les services facturés à un tarif supérieur à celui fixé; de plus, en acceptant de recevoir

des services à ce tarif, le patient renonce à son droit à un remboursement. L'indication à donner au patient au sujet de la non-participation est décrite plus loin.

1.4 Conditions relatives à la présentation et au règlement des demandes de paiement

1.4.1 Médecins participants

Le médecin participant facture directement au régime les services qu'il dispense.

Si un médecin participant désire opter pour la non-participation relativement à un patient ou à un service particulier, il ne doit pas envoyer de demande de paiement à l'Assurance-maladie. Il doit tout d'abord obtenir le consentement du patient à se faire traiter dans le cadre de la non-participation, après quoi il peut facturer le service en question au patient.

1.5 Indication aux patients du statut de non-participant

Dans chaque cas où le médecin participant choisit la non-participation concernant un service, il doit suivre la procédure suivante. Avant de dispenser un service, le médecin doit aviser le patient qu'il opte pour la non-participation concernant les services en question, puis :

Si les frais ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie, le médecin doit remplir la demande de paiement prévue à cet effet et y indiquer les montants totaux facturés au patient. Le bénéficiaire (personne assurée) demande ensuite un remboursement en attestant, dans sa demande de remboursement, que les services ont été reçus, puis il envoie sa demande à l'Assurance-maladie.

Si les frais dépassent le tarif de l'Assurance-maladie, le médecin doit, avant de dispenser les services, aviser le bénéficiaire :

- qu'il opte pour la non-participation et que les frais dépassent le tarif de l'Assurance-maladie;
- qu'en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'Assurance-maladie;
- que le patient a le droit d'obtenir des services d'un autre médecin qui participe au régime d'assurance-maladie.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer ce formulaire à l'Assurance-maladie. En pareil cas, on ne remplit aucune demande de paiement pour l'Assurance-maladie.

1.6 Entente de participation du médecin

Je, soussigné, médecin dûment inscrit, désire exercer ma profession conformément à la Loi sur le paiement des services médicaux et les règlements établis en vertu de cette loi. Je consens en particulier à accepter comme paiement intégral les honoraires versés par la Direction de l'assurance-maladie pour tout service assuré que j'ai fourni et pour lequel je présente une facture à la Direction de l'assurance-maladie, et à ne présenter à quiconque nulle autre facture relativement à ce service.

1.7 Mode de présentation et de règlement des demandes de paiement

1.7.1 Renseignements requis – Demandes de paiement électroniques

Le Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* exige que toutes les demandes de paiement présentées électroniquement par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant contiennent les renseignements suivants :

a) le nom du patient;
b) le numéro d'assurance-maladie du patient;
c) la date de naissance du patient;
d) le sexe du patient;
e) le numéro du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant;
f) le rôle du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant dans la fourniture du service;
g) le temps consacré par le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant au service assuré, si le montant du paiement est déterminé en fonction du temps;
h) le numéro du médecin, du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial, de l'infirmière praticienne, de l'optométriste ou de l'infirmière immatriculée qui travaille en clinique préopératoire, qui a transféré ou lui a adressé le patient;
i) le diagnostic;
j) les dates des jours d'hospitalisation facturés;
k) le nombre de jours d'hospitalisation facturés;
l) la date ou les dates du service assuré;
m) le lieu où les services assurés ont été fournis (cabinet du médecin participant, domicile du patient, établissement hospitalier, service externe d'un hôpital, foyer de soins ou autre);
n) la description du service assuré, le code du service assuré et les tarifs pratiqués;
o) le code de l'établissement hospitalier, du foyer de soins ou d'un autre endroit où le service a été fourni;
p) l'opinion du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant à savoir si le service fourni peut faire l'objet d'une demande de paiement;
q) la date de la demande de paiement;
r) le modificateur de l'anesthésie précis pour définir le type de service;
s) le modificateur de service pour préciser le service fourni;
t) le numéro de lot du vaccin administré;
u) le code de garde, lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant demande des honoraires pour un service prévu par le programme de service de garde autorisé;
v) la date d'aiguillage, soit la date à laquelle le patient a été adressé;

w) le type d'aiguillage, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique si le patient lui a été adressé ou s'il a adressé le patient à quelqu'un;
x) le code de rotation, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique le code de rotation de garde pour la rotation de garde particulière qu'il a assurée;
y) le numéro assigné lors du processus de consultation qui détermine l'admissibilité d'un service lorsqu'un doute raisonnable existe quant à son admissibilité à titre de service assuré.

1.7.2 Renseignements requis – Demandes de paiement présentées sur papier

Le Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* exige que toutes les demandes de paiement présentées sur papier par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant contienne les renseignements suivants :

a) la désignation de la personne à qui doit être effectué le paiement, c'est-à-dire le médecin participant, le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant ou le bénéficiaire;
b) le nom du patient;
c) le numéro d'assurance-maladie du patient;
d) la date de naissance du patient;
e) le sexe du patient;
f) l'adresse du bénéficiaire si elle diffère de celle figurant sur la carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick;
g) le nom et le numéro du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant;
h) le rôle du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant dans la fourniture du service assuré;
i) le temps consacré par le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant au service, si le montant du paiement est déterminé en fonction du temps;
j) le nom du médecin, du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial, de l'infirmière praticienne, de l'optométriste ou de l'infirmière immatriculée qui travaille en clinique préopératoire, qui a transféré ou lui a adressé le patient;
k) le diagnostic;
l) les dates des jours d'hospitalisation facturés;
m) le nombre de jours d'hospitalisation facturés;
n) la date ou les dates du service assuré;
o) le lieu où les services assurés ont été fournis (cabinet du médecin participant, domicile du patient, établissement hospitalier, service externe d'un hôpital, foyer de soins ou autre);
p) la description du service assuré, le code du service assuré et les tarifs pratiqués;
q) le nom de l'établissement hospitalier, du foyer de soins ou autre endroit où le service assuré a été fourni;

r) l'opinion du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant, à savoir si le service fourni peut faire l'objet d'une demande de paiement
   i. au titre de l'une des lois figurant à l'annexe 1 du règlement, ou
   ii. à l'encontre d'un tiers ou d'un assureur du fait d'un accident automobile, d'une blessure ou maladie de nature professionnelle ou pour toute autre raison;

s) les renseignements ou remarques relatifs au traitement;

t) la signature du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant ou de son représentant et la date de la facture;

u) le modificateur de l'anesthésie précis pour définir le type de service;

v) le modificateur de service pour préciser le service fourni;

w) le numéro de lot du vaccin de l'immunisation administrée;

x) le code de garde, lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant demande des honoraires pour un service prévu par le programme de service de garde autorisé;

y) la date d'aiguillage, soit la date à laquelle le patient a été adressé;

z) le type d'aiguillage, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique si le patient lui a été adressé ou s'il a adressé le patient à quelqu'un;

aa) le code de rotation, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique le code de rotation de garde pour la rotation de garde particulière qu'il a assurée;

bb) le numéro assigné lors du processus de consultation qui détermine l'admissibilité d'un service lorsqu'un doute raisonnable existe quant à son admissibilité à titre de service assuré.

1.7.3 Délai de présentation des demandes de paiement

Pour être *admissibles*, les demandes de paiement doivent être présentées à l'Assurance-maladie dans les *trois* mois suivant la date du service.

Le *rapport de correction* envoyé au médecin indique les demandes de paiement annulées et contient une mention expliquant les renseignements inexacts ou incomplets. Le paiement peut être envisagé uniquement si une nouvelle demande de paiement contenant les renseignements exacts est transmise dans les trois mois suivant la date du rapport de correction.

Toutefois, une demande de paiement soumise de nouveau sous un numéro d'assurance-maladie différent doit être présentée sur papier si le service a été dispensé plus de trois mois auparavant. Il faut aussi fournir le numéro de la demande de paiement précédente.

Veuillez noter que les demandes de paiement remontant à plus de trois mois peuvent être soumises pour considération spéciale (CS), toutefois, elles doivent être accompagnées d'une note expliquant le retard dans la facturation ainsi que de tous les documents à l'appui.

1.7.4 Présentation des demandes de paiement

Depuis le printemps 1992, les demandes de paiement pour la rémunération à l'acte doivent être présentées à l'Assurance-maladie par voie électronique. Les demandes de paiement nécessitant une considération spéciale (CS) doivent être soumises sur papier.

Pour pouvoir présenter des demandes de paiement par voie électronique, le médecin doit d'abord remplir et signer l'Entente sur la présentation des demandes de paiements à l'Assurance-maladie, qui se trouve à l'adresse http://www.gnb.ca/0394/pdf/2015/medicare-claims-submission-agreement.pdf, puis la renvoyer au registraire des praticiens à l'adresse suivante : Medicare.Practitioner.Registrar@gnb.ca. Une fois le formulaire reçu, passé en revue et approuvé, le médecin recevra un avis lui demandant de préciser sa préférence en matière de logiciel de facturation de l'une des façons suivantes.

Dans les cas où l'Assurance-maladie a en dossier une adresse électronique pour le médecin :
Le médecin recevra un courriel ayant pour objet **Medicare – Claims Submission / Assurance-maladie – Soumission des réclamations, Process request / Traitement de demande**

- Le médecin doit répondre au courriel et indiquer sa préférence en matière de logiciel de facturation.

Si le médecin répond au courriel et indique qu'il préfère utiliser le système Facturation à l'Assurance-maladie (FAM), l'Assurance-maladie lui fournira par courriel un lien vers le site Web, un guide de l'utilisateur et les coordonnées des agents de liaison avec les praticiens de l'Assurance-maladie.

Dans les cas où l'Assurance-maladie n'a pas en dossier une adresse électronique pour le médecin :
Les membres du personnel de soutien aux utilisateurs des Services provinciaux des applications en santé tenteront de communiquer avec le médecin par téléphone pour recueillir les renseignements.

- Le médecin doit indiquer pendant l'appel sa préférence en matière de logiciel de facturation.

Si le médecin indique qu'il préfère utiliser le système Facturation à l'Assurance-maladie (FAM), on lui donnera pendant l'appel des précisions sur la façon d'avoir accès au site Web et les coordonnées des agents de liaison avec les praticiens de l'Assurance-maladie. Les membres du personnel de soutien aux utilisateurs détermineront également la façon de remettre le guide de l'utilisateur au médecin.

Dans les cas où le médecin a indiqué une préférence en matière de logiciel de facturation d'une entreprise privée :

- Pendant la mise en œuvre du logiciel, le médecin ou son délégué de facturation doit communiquer avec les membres du personnel de soutien aux utilisateurs des Services provinciaux des applications en santé, au 506-453-8274, option 4. Tous les renseignements comme les séries de factures et les mots de passe pour la réconciliation seront fournis pendant l'appel.

La *demande de paiement pour patient unique* est utilisée lorsque les codes de facturation se rapportent à des services dont les honoraires nécessitent une considération spéciale (CS); lorsque la demande de paiement qui ne peut être soumise par voie électronique; lorsque la demande de paiement doit être accompagnée de documents à l'appui; ou lorsque l'on demande une considération spéciale.

La *demande de paiement pour non-résident* est utilisée pour les mêmes raisons que la *demande de paiement pour patient unique*, sauf que le service est dispensé à un non-résident.

La *demande de paiement au bénéficiaire* doit être utilisée lorsque le médecin facture directement le patient parce qu'il a opté pour la non-participation et que les frais demandés ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie; sinon, aucune demande de paiement ne doit être présentée à l'Assurance-maladie.

Pour accélérer le traitement et le règlement des demandes de paiement, il importe de remplir soigneusement les formulaires.

Les demandes de paiement incomplètes ou inexactes, exigeant un traitement manuel, un examen et, le cas échéant, une correction par le personnel de l'Assurance-maladie ne peuvent être traitées et réglées aussi rapidement que si elles étaient complètes et exactes.

1.7.5 Présentation des demandes de paiement – services d'un médecin non participant

Pour tout service admissible pour lequel un médecin a choisi la non-participation, il doit, avant de dispenser le service, informer le patient qu'il lui facturera directement le service. Si les frais qu'il demande ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie, le bureau du médecin doit remplir la demande de paiement prévue. Une fois la demande remplie, le patient l'envoie par la poste à l'adresse indiquée sur la demande de paiement. Le paiement se fait directement au bénéficiaire.

Si le médecin demande des frais supérieurs au tarif de l'Assurance-maladie, le patient doit signer une renonciation à l'assurance-maladie. Le médecin envoie par la poste le formulaire à l'Assurance-maladie. Dans ces circonstances, aucune demande de remboursement ne peut être présentée.

1.7.6 Résidents d'autres pays

Si le patient n'est pas un résident du Canada, le médecin doit lui facturer ses services directement. Afin de faciliter le remboursement par le régime de soins médicaux ou l'assurance médicale du patient, on doit fournir une description détaillée du service rendu.

1.7.7 Résidents d'autres provinces

Si un médecin dispense un service à un patient qui réside dans une province ou un territoire canadien autre que le Nouveau-Brunswick ou à un patient qui n'est pas encore admissible à l'assurance-maladie, un formulaire de demande de paiement hors province doit être rempli et soumis, par le patient ou le médecin, à son régime d'assurance-maladie dans les situations suivantes :

- Le patient est un résident de la province de Québec.
- Le patient ne peut pas présenter une carte d'assurance-maladie courante valide.
- Le service rendu est un service exclu en vertu de l'entente interprovinciale sur la facturation réciproque.
- Le médecin choisit d'obtenir le paiement directement du patient.

1.7.8 Demande de paiement pour non-résidents

Pour des services admissibles (autres que ceux énumérés dans la section précédente) dispensés en vertu de l'Entente interprovinciale sur la facturation réciproque, le médecin peut soumettre une demande de paiement en tant que médecin participant et être payé directement par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick en remplissant le formulaire de demande de paiement pour non-résidents. L'Assurance-maladie réclame ensuite le remboursement du paiement à la province de résidence du patient en vertu d'une entente de réciprocité de paiement.

1.8 Services médicaux exclus en vertu des ententes interprovinciales de traitement

Les services de santé figurant sur la liste suivante doivent être facturés directement au non-résident :

1. Chirurgie pour modification de l'apparence (chirurgie esthétique)
2. Chirurgie pour changement du sexe
3. Chirurgie d'inversion de la stérilisation
4. Bilans de santé périodiques, comprenant les examens réguliers de la vue
5. Fécondation in vitro et insémination artificielle
6. Traitement de l'angiome plan ailleurs que sur le visage ou le cou, indépendamment du mode de traitement
7. Acuponcture, acupression, électrostimulation transcutanée, moxibustion, rétroaction biologique, hypnothérapie

8. Services dispensés aux personnes assurées par d'autres régimes : Forces canadiennes, Travail Sécuritaire NB, ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux)
9. Services demandés par un tiers
10. Conférences d'équipe
11. Dépistage génétique et autres examens génétiques, y compris les sondes ADN
12. Traitements qui en sont encore à une étape expérimentale ou de développement
13. Services d'anesthésie et services d'aide chirurgicale associés à tout ce qui précède
14. Services dentaires
15. Tomographie par émission de positons (TEP)
16. Radiochirurgie par scalpel gamma
17. Chirurgie bariatrique

1.9 Règlement des demandes de paiement

1.9.1 Paiement versé aux médecins

Des chèques ou dépôts directs sont envoyés régulièrement (soit toutes les deux semaines) à tous les médecins participants pour toutes les demandes de paiement dont le règlement a été approuvé.

Chaque chèque ou dépôt direct couvre les demandes de paiement énumérées dans le relevé des paiements auquel le chèque se rapporte.

1.9.2 Rectification des demandes de paiement

Certains services peuvent être payés à un taux différent de celui facturé ou prévu par le médecin.

Les rectifications de paiement peuvent découler de divers facteurs, notamment les suivants : application des règles d'évaluation ou interprétation du Cahier des tarifs, inexactitude des demandes de paiement des médecins, services non assurés, honoraires combinés dont on a déjà effectué le paiement partiel, et ainsi de suite.

Le relevé des paiements qui accompagne chaque chèque envoyé au médecin fournit l'explication de ces rectifications ainsi que la liste des demandes en souffrance qui doit être révisée manuellement

Si le règlement d'une demande de paiement ne peut se faire de la manière indiquée ci-dessus, on envoie au médecin un rapport de correction ou un autre document.

Le médecin doit présenter une nouvelle demande de paiement ou le document comportant les renseignements rectifiés ou additionnels pour que la demande de paiement soit réglée.

Pour de plus amples renseignements concernant les demandes de paiement refusées et les procédures d'appel, voir les procédures d'appel au chapitre 1, section 2.1.

1.9.3 Identification du patient

La carte d'identité du bénéficiaire comporte son nom, sa date de naissance, son numéro d'assurance-maladie, la date d'expiration de sa carte et l'indication qu'il est donneur d'organes, le cas échéant. Ces renseignements sont exigés sur la demande de paiement, sauf pour la date d'expiration.

1.9.4 Procédure à suivre si le patient n'est pas inscrit

Si un médecin dispense un service à un résident du Nouveau-Brunswick qui n'est pas inscrit à l'assurance-maladie, il peut procéder de l'une des façons suivantes :

a) Le médecin peut opter pour la non-participation pour le service en question et facturer le service directement au patient, en laissant au patient le soin de s'inscrire et d'obtenir le paiement de l'Assurance-maladie, s'il est admissible.
b) Le médecin peut aider le patient en lui conseillant d'écrire directement au Service des inscriptions de l'Assurance-maladie pour obtenir une formule d'inscription que le patient doit remplir et retourner. Lorsqu'il reçoit un numéro d'identification, le patient doit le donner au médecin, qui doit l'inscrire sur la demande de paiement dûment remplie et présenter sa demande de paiement directement à l'Assurance-maladie.
c) Services Nouveau-Brunswick.

1.9.5 Autorisation préalable

Avant de fournir le service, lorsqu'il existe un doute raisonnable quant à l'admissibilité de la chirurgie aux prestations d'assurance-maladie, le médecin doit présenter une demande écrite à l'Assurance-maladie afin de déterminer si la chirurgie proposée est assurée. Il existe une formule de demande à cet effet (voir http://www.gnb.ca/0394/pdf/2015/request-for-prior-approval.pdf).

Section 2 : Procédures d'appel

2.1 Appels interjetés par les médecins

Lorsqu'un médecin participant désire porter plainte concernant l'évaluation d'une demande de paiement pour des services assurés, il/elle a le droit de demander une révision. Le processus de révision est déclenché par une demande écrite du médecin au directeur (à la directrice) de l'Assurance-maladie – services assurés et rémunération des médecins.

Le processus d'appel officiel est expliqué aux sections 33.001 à 33.005 du règlement 84-20 établi en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux en sélectionnant « **Voir le document complet** » sur le site Web suivant :http://laws.gnb.ca/en/showfulldoc/cr/84-20//20150812

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou l'agent d'appels de l'Assurance-maladie – Service assurés et rémunération des médecins.

2.2 Appels interjetés par les bénéficiaires

Les procédures d'appel applicables aux bénéficiaires concernent toutes les demandes de paiement relatives à des services assurés, qu'ils aient été facturés comme services dispensés au titre de la participation ou de la non-participation, ou qu'ils aient été dispensés par des médecins participants ou non participants.

Lorsqu'un bénéficiaire conteste son admissibilité à recevoir le paiement de services assurés ou l'évaluation d'un compte applicable à un service assuré, il a le droit de faire examiner la question par le Comité d'appel des services assurés, constitué aux termes du Règlement général établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Cet examen est entrepris dès que le directeur (la directrice) de l'Assurance-maladie – Services assurées et rémunération des médecins reçoit une demande de la part du bénéficiaire.

Le Comité d'appel des services assurés conseille le ministre au sujet de l'admissibilité ou de l'évaluation contestée. Le ministre décide ensuite de la mesure à prendre.

Section 3 : Services exclus

L'éventail des services assurés par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick comprend tous les services médicalement nécessaires dispensés par des médecins; il comprend également certains actes de chirurgie dentaire, quand ils sont effectués par des médecins ou par des chirurgiens-dentistes.

Certains services, énumérés à l'annexe 2 du Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, sont formellement exclus de l'éventail des services assurés par l'Assurance-maladie, à savoir :

a) *la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;*

a.01) *la correction d'un mamelon inverti;*

a.02) *l'augmentation mammaire;*

a.03) *l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;*

a.04) *l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se cancériser;*

a.1) *l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué dans un établissement hospitalier qu'approuve l'autorité compétente dans lequel celui-ci est situé;*

a.2) *l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison de l'existence d'une maladie ou d'une autre complication;*

b) *les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;*

c) *Abrogé : 2016-33*

d) *les conseils ou les renouvellements d'ordonnance dispensés par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;*

e) *l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;*

f) *les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial;*

f.1) *les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis dans le cadre d'une recherche appliquée;*

f.2) *les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;*

g) *Abrogé : 96-111*

h) *le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;*

i) *les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance, ou faits à la demande d'une tierce personne;*

j) *les services fournis par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;*

k) *la psychanalyse;*

l) *l'électrocardiographie (ECG) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;*

m) *les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;*

n) *la détermination de vices de réfractions;*

n.1) *des services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux ou des dentistes et dont les tarifs excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;*

o) *l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;*

p) *abrogé: 2016-50;*

p.1) *les services de radiologie fournis dans la province par une clinique privée de radiologie.*

q) *l'acuponcture;*

r) *un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale;*

s) *la circoncision des nouveau-nés;*

t) *l'inversion de vasectomies;*

u) *une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;*

v) *l'inversion d'une ligature des trompes;*

w) *l'insémination intra-utérine;*

x) *la chirurgie bariatrique, à moins que la personne ne présente un indice de masse corporelle (voir chapitre 1, section 1.8)*

(i) égal ou supérieur à 40;

(ii) égal à 35 ou plus sans toutefois atteindre 40 et qu'elle souffre de comorbidités médicales associées à l'obésité;

y) *la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant qu'acte médical unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.*

Section 4 : Fournitures et matériel

En règle générale, un médecin ne peut faire une demande de paiement pour des articles reliés à des fournitures et à du matériel habituellement disponibles dans un cabinet, sauf dans les cas prévus ci-dessous à la section 4.2. De même, en règle générale, un médecin peut faire une demande de paiement pour des articles de fournitures et de matériel qui sont généralement fournis par l'hôpital.

4.1 Éléments inclus

Sauf indication contraire, les éléments suivants sont inclus dans les honoraires des services assurés:

a) Toutes les tâches administratives entourant une visite (qu'elles soient ou non sous le contrôle direct du médecin), notamment les rendez-vous, les inscriptions, les fiches médicales, la facturation et l'envoi de rapports à un médecin orienteur.

b) L'utilisation de l'ensemble des fournitures et du matériel généralement disponibles en cabinet, notamment les blouses, les thermomètres, les spéculums et le matériel utilisé pour les actes diagnostiques et thérapeutiques mineurs.

c) Tous les articles jetables, notamment les blouses, le papier de table d'examen, les thermomètres, les lancettes, les spéculums, les seringues (moins de 10 cc) et les aiguilles.

d) Fournitures et matériel non réutilisables que l'on utilise, applique ou administre au moment du service assuré, par exemple :
   1. pour le simple pansement de blessures ou de lésions;
   2. pour le prélèvement, la conservation ou l'envoi standard d'échantillons;
   3. pour l'utilisation de matériel diagnostique, notamment le papier d'électrocardiogramme et les électrodes jetables;
   4. pour l'exécution de tests d'allergie, à l'exception de rares antigènes spécifiques.

e) De simples moyens d'aide aux patients, notamment la préparation d'instructions de base et les feuilles de régime.

4.2 Éléments exclus

Le médecin peut choisir, s'il y a lieu, d'imposer des frais à un patient ou à une personne agissant au nom du patient pour les types de coûts suivants :

1. appels interurbains, services de télétransmission ou de messagerie;
2. livres ou prospectus commerciaux;
3. médicaments injectables ou administrés par voie buccale ou autre, y compris les agents anesthésiques;
4. pansements importants ou médicamenteux appliqués au moment de la visite;
5. dispositifs comme stérilets et diaphragmes;
6. plâtres, supports, orthèses ainsi que tout autre matériel spécial servant à des fins purement esthétiques ou aux sports;
7. articles réutilisables, comme bandages ou bas élastiques;
8. toutes les autres fournitures que le patient apporte;

9. tests de laboratoire, sauf s'ils sont indiqués comme étant assurés dans le Manuel des médecins.

Section 5 : Admissibilité et inscription des patients

Consultez le site Web de l'Assurance-maladie : http://www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp

Section 6 : Formulaires

Consultez le site Web de l'Assurance-maladie : http://www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp

Section 7 : Vérification des demandes de paiement des médecins

7.1 Renseignements généraux

En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* [paragraphes 5.4 (1), (2), et (3)], l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick est autorisée à évaluer les services avant ou après le paiement et peut entamer de temps à autre des projets qui touchent l'exercice visé par les codes de facturation des médecins. Tous les services payés par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick à des médecins ou à des patients sont assujettis à ces vérifications. Ces vérifications ne sous-entendent aucunement une critique des personnes qui offrent des services ou qui en reçoivent. Il s'agit plutôt de garantir l'efficacité et la pérennité d'un programme public. Elles confirment également que les paiements sont consignés et payés adéquatement. Les vérifications des demandes de paiement des médecins sont strictement confidentielles et ne commentent pas les faits cliniques liés aux services.

Des documents clairs sont une composante intégrante d'un service médical. Des dossiers médicaux complets améliorent la qualité et la continuité des soins et protègent à la fois le médecin et son patient.

Pour tous les services facturés à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, y compris les rapports de consultation, il faut remplir les documents pertinents avant de présenter une demande de paiement.

Toutes les demandes de paiement présentées à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick doivent se justifier au regard du dossier du patient, relativement au service offert et facturé. S'il n'est pas possible de produire ces documents et à défaut d'une explication convenable, le service en cause sera réputé ne pas avoir été offert et ne donnera lieu à aucun paiement. À la demande de l'Assurance-maladie, le médecin doit tout faire pour fournir ou rendre accessibles les dossiers des patients afin de préciser les services visés par une demande de paiement ou de permettre leur vérification au plus tard à la date indiquée.

Un soutien sous forme de formation est toujours offert aux praticiens qui ont besoin d'aide avec des renseignements sur la facturation, des précisions sur divers types de rémunération, de l'aide sur l'utilisation du *Manuel des médecins* du Nouveau-Brunswick quant à la facturation et sur la transmission électronique de demandes de paiement.

L'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick offre ce soutien par l'entremise du personnel de liaison avec les médecins et des préposés aux demandes de renseignements.

Aux fins du suivi par l'Assurance-maladie, un médecin doit conserver pendant une période de sept ans les dossiers médicaux des patients qui justifient sa facturation à l'Assurance-maladie.

7.2 Normes entourant les dossiers de patients

Un dossier accessible associé à un service en format papier ou électronique doit comprendre les renseignements suivants :

- Nom, numéro d'assurance-maladie et date de naissance du patient.
- Une copie de la référence écrite, dont le nom du médecin traitant et d'autres renseignements pertinents, comme le décrit la section sur les lignes directrices en matière de facturation des consultations du *Manuel*. Si l'aiguillage provient d'une conversation téléphonique avec le médecin traitant, les renseignements mentionnés dans la conversation doivent être consignés.
- Nom du consultant et de la spécialité, dans le cas de l'aiguillage. Une copie du rapport de consultation remis au médecin traitant doit être conservée dans le dossier clinique du patient.
- Date du service.
- Raison de la visite chez le médecin, c'est-à-dire motif de la consultation.
- Résultats de l'examen physique (partie ou région du corps) ou état affectif.
- Diagnostic.
- Plan d'investigation ou de traitement (y compris une ordonnance de médicament ou des tests, le cas échéant).
- Pour les codes de temps (c.-à-d. counseling, soins psychiatriques, services d'anesthésie, etc.), l'heure de début et de fin du *service réellement offert* doit être inscrite dans le dossier du patient.
- Concernant les actes médicaux, en plus des précisions ci-dessus, il faut joindre un rapport d'intervention/d'opération, un rapport procédural ou tout autre type de document à l'appui donnant le détail de l'intervention pratiquée, y compris les rapports de pathologie (le cas échéant).
- Pour les codes qui indiquent le moment de la journée, comme des visites d'urgences ou des primes, l'heure (en format 24 heures) est requise.

7.3 Intervalles

- L'Unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité peut examiner des demandes de paiement envoyées par n'importe quel médecin, peu importe le type de rémunération.

7.4 Visites sur place

- Les vérificateurs de la surveillance et de l'assurance de la conformité sont des employés du ministère de la Santé.
- Ils respecteront le caractère confidentiel des renseignements.

- Les vérificateurs peuvent effectuer une visite de vérification sur préavis de deux jours ouvrables. Tous les efforts seront consentis afin de réduire au minimum la perturbation des activités normales du bureau.
- Les vérificateurs sont autorisés à prendre des notes et à produire des photocopies, entre autres, s'ils ont besoin de le faire pour appuyer leurs conclusions en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, paragraphe 8.1 (4).
- Le refus d'une visite de vérification constitue une infraction en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux,* paragraphe 8.1 (2).

7.5 Lettres de vérification

Une lettre de vérification peut être envoyée aux bénéficiaires (patients) de services assurés, dans laquelle on leur demande de répondre à quelques questions, puis de renvoyer le tout à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Cette formalité vise à établir que le service offert correspond bien au service facturé.

7.6 Conclusions

Après l'examen de tous les renseignements recueillis pendant la vérification, le personnel de l'unité peut prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- Acceptation de l'explication du médecin
- Éducation et conseils
- Recouvrement des fonds
- Suivis de vérification, au besoin, afin d'établir la conformité
- Communication du dossier au Comité de revue professionnelle, aux organismes d'application de la loi et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

7.7 Comité de revue professionnelle

Le Comité de revue professionnelle (CRP) se compose de cinq médecins qui exercent dans la province. Leur candidature est soumise par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et ils sont nommés par le ministre de la Santé. Le Comité se penche sur toute question qui est portée à son attention par l'Unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité ou par des médecins. Pour obtenir des précisions sur les responsabilités et le mandat de ce comité, consulter la *Loi sur le paiement des services médicaux* et le *Règlement 84-20* s'y rapportant.

CHAPITRE 2 : RÈGLES D'ÉVALUATION

Section 1 : Base de paiement

Lors des discussions entre la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé concernant la base de paiement des services assurés par l'Assurance-maladie, certaines modifications, précisions et interprétations du Cahier des tarifs de la Société ont été convenues.

Outre les modifications intégrées au Cahier des tarifs de la Société, certains articles spéciaux compris dans le barème de paiement de l'Assurance-maladie apportent d'autres modifications au Cahier des tarifs, aux fins des paiements de l'Assurance-maladie, mais ne font pas partie du Cahier des tarifs. Ces articles spéciaux figurent dans le présent manuel sous forme d'avis administratifs (« Notes de l'Assurance-maladie »), et certains d'entre eux sont dans les règles d'évaluation suivantes.

1.1 Règles d'évaluation – Généralités

Quelques-unes des principales règles d'évaluation qui s'appliquent à l'évaluation des demandes de paiement de l'Assurance-maladie figurent dans le Cahier des tarifs de la Société reproduit plus loin.

Il est important de souligner que ces règles ne font pas partie du Cahier des tarifs de la Société. Elles sont indiquées dans le Cahier pour en faciliter la consultation et pour aider le médecin à facturer correctement ses services au régime.

Toutes les règles d'évaluation figurent dans le répertoire numérique aux pages suivantes. Le répertoire comprend les règles qui se trouvent dans le corps du Cahier des tarifs.

1.2 Règles d'évaluation – Répertoire détaillé

Voici le répertoire détaillé des règles d'évaluation qui s'appliquent aux demandes de paiement de l'Assurance-maladie :

Règle 1 Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

Règle 2 Les consultations, examens ou rapports écrits à des fins médico-légales ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

Règle 3 La rédaction d'un certificat pour permis de conduire n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.

Règle 4 Un déplacement n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs.

Règle 5 La communication de conseils par téléphone n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs.

Règle 6 Les services figurant à l'annexe 2 du Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie (voir chapitre 1, section 3).

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir Fournitures et matériel au chapitre 1, section 4.***

Règle 7 En vertu du régime d'assurance-maladie, les demandes de paiement de spécialistes pour une première visite en cabinet comportant un examen complet ne sont admises qu'une fois par période de 365 jours, pour le même patient.

Règle 8 (abrogée 01/07/83)

Règle 9 En vertu du régime d'assurance-maladie, les demandes de paiement pour les premières visites en cabinet comportant un examen spécifique ne sont admises qu'une fois par période de 90 jours, pour un même patient. En outre, ces demandes de paiement ne sont pas admises si la visite a eu lieu moins de 90 jours après une première visite comportant un examen complet.

Règle 10 Un médecin ne peut facturer des honoraires de visite pour les jours où il facture aussi des honoraires de psychothérapie ou de soins psychiatriques, sauf si la visite est liée à une consultation ou à des soins prodigués le jour de l'admission à l'hôpital.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note au chapitre 5, section 1.11 et chapitre 5, section 18.6.***

Règle 11 L'Assurance-maladie n'effectuera aucun paiement pour une consultation, à moins que le relevé des soins médicaux du patient n'indique un service antérieur dispensé par le médecin figurant comme médecin orienteur dans la demande de paiement du consultant. À défaut d'un tel service antérieur de la part du médecin orienteur, la demande de paiement sera payée à titre de visite en cabinet applicable à un patient se présentant de sa propre initiative.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 3, section 1.2.8.***

Règle 12 Aucun paiement ne sera fait à un médecin généraliste pour un examen physique complet se rapportant à une maladie, lorsque le même médecin a soumis le patient à un tel examen au cours des 42 jours précédents.

Règle 13 Quand l'exécution d'un acte des listes A ou B est le seul objet de la présence au service de consultations externes ou au service d'urgence, seuls les honoraires de l'acte sont payables. De plus, si des honoraires de visite ou de consultation ont été versés dans les 30 jours précédents, aucuns autres honoraires de visite ou de consultation ne peuvent être facturés à la date d'exécution d'un acte des listes A ou B, sauf en situation d'urgence où l'on doit demander une considération spéciale.

Règle 14 Les ponctions veineuses (codes 2050 et 2051) en vue du prélèvement d'échantillons pour épreuves en laboratoire sont non payables quand des honoraires de visite, de consultation ou d'acte sont versés au médecin.

Règle 15 Les électrocardiographies ne sont des services assurés par l'Assurance-maladie que lorsqu'elles sont effectuées par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie.

Règle 16 Les médecins participants ne peuvent pas opter pour la non-participation dans les situations d'urgence ou dans les cas où des patients sont soumis à une période de soins à l'hôpital, à moins d'une entente avant l'entrée à l'hôpital, ni dans le cas des soins continus.

Règle 17 Les demandes de paiement des honoraires de surveillance exclusive ne peuvent être approuvées sans renseignements à l'appui expliquant la nécessité de la surveillance exclusive. Elles doivent indiquer tout le temps incluant l'heure de début et de fin passé avec le patient (visite + surveillance exclusive).

Règle 18 Lorsqu'il y a paiement d'une évaluation majeure effectuée le jour de l'admission à l'hôpital, le taux journalier de l'hôpital n'est pas versé en plus des honoraires pour l'évaluation majeure.

Règle 19 Dans le calcul du nombre de jours de séjour sur lequel seront basés les paiements pour les soins à l'hôpital, le jour d'admission et le jour du départ comptent chacun pour un jour, et sont tous les deux payables.

Règle 20 (abrogée 01/04/81)

Règle 21 (abrogée 01/11/97)

Règle 22 (abrogée 01/08/94)

Règle 23 (abrogée 01/04/81)

Règle 24 Les examens et visites préopératoires, à l'exception des soins intensifs, effectués par le chirurgien pratiquant l'opération moins de 30 jours avant cette opération sont considérés comme étant compris dans les honoraires de chirurgie, sous réserve des dispositions énoncées à la règle d'évaluation 25 et dans les avis administratifs de l'Assurance-maladie figurant expressément dans le *Manuel*. Les soins préopératoires dispensés à l'hôpital par un médecin orienteur sont payables quand ils sont requis pour l'investigation et le traitement. L'évaluation préopératoire effectuée par l'anesthésiste est comprise dans les honoraires d'anesthésie.

Règle 25 Dans le cas des spécialistes en urologie, les consultations ainsi que les examens et visites en cabinet qui précèdent les opérations de l'appareil urogénital sont payés en plus des honoraires pour l'intervention chirurgicale, sauf lorsque ces consultations, examens ou visites sont effectués le même jour que l'intervention chirurgicale; dans ce cas, ils sont compris dans les honoraires de chirurgie.

Règle 26 (abrogée 08/01/92)

Règle 27 Tous les services médicaux (y compris les soins à domicile, en cabinet et à l'hôpital, mais ne comprenant pas les soins intensifs) que le chirurgien dispense au cours de la période postopératoire normale sont compris dans les honoraires de chirurgie.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note au chapitre 3, section 1.2.7.***

Règle 28 Pour toute intervention chirurgicale, la période postopératoire normale est de 30 jours, toutefois, on doit tenir compte des exceptions suivantes :

i. Si le patient est transféré ou réadmis à un hôpital différent à la suite d'une intervention chirurgicale, les soins dispensés par un médecin différent seront payables durant la période postopératoire.

ii. De même, lorsqu'un chirurgien doit se déplacer vers un autre établissement situé dans ou à l'extérieur de sa région pour effectuer une chirurgie, les soins postopératoires sont payables à un médecin généraliste pour la gestion des soins dispensés au patient dans un établissement différent.

iii. À la suite de l'insertion d'un cardiostimulateur effectuée par un médecin ou un spécialiste différent.

iv. À la suite d'une intervention mineure endoscopique thérapeutique effectuée par un médecin ou un spécialiste différent (lorsque l'intervention ne constitue pas la raison de l'admission), à condition que le diagnostic diffère.

- On entend par « intervention mineure endoscopique thérapeutique » une intervention réalisée sur un patient hospitalisé qui a pour but de le stabiliser et qui est effectuée dans un orifice existant (sans incision).

v. Les services fournis par les spécialistes en physiatrie et réadaptation pendant la période postopératoire lorsque l'intervention a été réalisée par un autre médecin/spécialiste.

vi. Au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à Saint John, les services de cardiologie qui suivent une intervention dans le laboratoire de cathétérisme ou le laboratoire d'électrophysiologie effectuée par des électrophysiologues ou des cardiologues interventionnistes.

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

Règle 29 Sauf disposition contraire, deux chirurgiens collaborateurs peuvent toucher chacun 70 % des montants qui seraient versés à un chirurgien intervenant seul, y compris les interventions complémentaires,y compris les interventions complémentaires. Des honoraires d'assistance ne seront versés à un troisième médecin que si la nécessité de l'assistant est expliquée dans la demande de paiement du chirurgien ou dans un document annexé. (voir chapitre 4, section 2.6)

Règle 30 Quand plus d'un acte des listes A ou B est effectué, les honoraires de l'acte principal sont payés au complet, et lorsque l'autre acte est payable, les honoraires sont payés à 75 % du tarif prévu.

Règle 31 (abrogée 15/09/94)

Règle 32 Lorsqu'un acte de diagnostic endoscopique est posé, les honoraires comprennent toute dilatation requise pour faciliter ou permettre l'endoscopie. Si, pour des besoins thérapeutiques, une dilatation est effectuée, les honoraires pertinents pour la dilatation ou l'endoscopie thérapeutique peuvent être facturés.

Règle 33 Les endoscopies diagnostiques sont considérées comme faisant partie du protocole opératoire. Les paiements seront effectués de la façon suivante :

i. 100 % du tarif prévu, si l'endoscopie est un acte isolé;
ii. 75 % du tarif prévu, si elle est suivie d'une chirurgie le même jour;
iii. 0 % si elle fait normalement partie d'un acte opératoire simultané (p. ex. : péritonéoscopie et ligature des trompes)

Règle 34 Les honoraires d'accouchement, de césarienne et d'autre accouchement chirurgical englobent les soins post-partum ou postopératoires à l'hôpital.

Règle 35 Quand une patiente est transférée à un spécialiste juste avant ou pendant l'accouchement en raison de complications imprévues, les honoraires de « présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement » sont payables au médecin généraliste qui effectue le transfert, et les honoraires d'accouchement sont payables au spécialiste.

Lorsque les complications nécessitent un accouchement par césarienne, le médecin généraliste qui effectue le transfert peut recevoir, en plus, le paiement d'honoraires pour assistance chirurgicale, le cas échéant.

Règle 36 (abrogée 01/04/80)

Règle 37 Les soins du prématuré désignent les soins prodigués à un nourrisson pesant 2,5 kilogrammes ou moins à la naissance; dans le cas de plus d'un enfant, les honoraires prévus s'appliquent à chaque enfant.

Règle 38 (abrogée 01/04/85)

Règle 39 La période de temps servant au calcul des frais 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 ne sont pas compris dans la période servant au calcul des frais d'anesthésie.

Règle 40 Les honoraires professionnels d'audiométrie (code 2030) sont non payables quand des honoraires de visite ou de consultation sont facturés.

Règle 41 Quand il effectue le même jour deux examens spéciaux ou plus en oto-laryngologie, le médecin peut facturer l'examen majeur au plein tarif et

les examens moins importants à 75 % du tarif prévu, sans dépasser trois examens.

Règle 42 Aucuns honoraires de visite ou de consultation ne sont payables quand les examens spéciaux en oto-laryngologie constituent le seul objet d'une visite.

Règle 43 (abrogée 01/09/93)

Règle 44 Pour les spécialistes en ophtalmologie, une première visite comportant un examen complet englobe au besoin les actes spéciaux suivants : examen du fond de l'œil, gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie, ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de l'œil à l'aide d'une lampe à triple miroir.

Règle 45 Les soins de garde habituels ne seront pas rémunérés à l'acte lorsqu'un foyer de soins est visé par une entente de paiement à la vacation, sauf autorisation contraire de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

Règle 46 Les honoraires des soins journaliers et l'admission aux soins prolongés sont payables soit à l'admission d'un patient qui provient de la communauté, soit lors de son transfert à l'intérieur de l'établissement. Le paiement des honoraires associés aux codes appropriés pour soins prolongés n'est pas limité par la période postopératoire sauf dans le cas du chirurgien.

Règle 47 Les services ambulatoires ou services d'urgence qui font l'objet d'honoraires à l'acte ou à la vacation ne sont pas payés en plus des honoraires d'admission à l'hôpital s'ils sont prodigués lors d'une même visite à l'hôpital. Par contre, si une visite à l'hôpital est suivie d'une admission lors d'une visite distincte, les honoraires liés aux deux services sont payables. L'heure doit être indiquée sur ces demandes de paiement. Cette règle vise à respecter le principe général de paiement selon lequel des services distincts fournis à des moments distincts (sauf si une autre règle d'évaluation l'interdit) sont tous les deux payables.

CHAPITRE 3 : PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Section 1 : Introduction

Les honoraires prévus s'appliquent aux services professionnels et ne comprennent pas le coût des médicaments des substances injectés ou des appareils.

Le présent cahier est essentiellement « à inscription unique ». La plupart des actes apparaissent une seule fois, sauf dans certains cas précis. Les visites et les consultations font l'objet d'inscriptions multiples dans les divers domaines de pratique.

1.1 Principes de facturation

La « prestation de services » en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* se limite aux services exigés pour des raisons médicales et justifiés par le diagnostic et le traitement d'un patient et qui ne sont visés par aucune exclusion en regard de la *Loi* ou des règlements.

Tous les services assurés qui figurent dans le Cahier des tarifs de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, exception faite des services expressément exclus, doivent comprendre une rencontre personnelle du patient avec le médecin, un examen physique judicieux dans la mesure où la situation le dicte, ainsi qu'un suivi continu de l'état du patient au cours de la rencontre.

Parmi les exceptions :

- Les vaccins administrés en cabinet
- Les tests PAP réalisés par une infirmière en cabinet à l'occasion d'une consultation au cabinet d'un médecin
- Les codes de maladie chronique 8109 et 8113
- Les codes d'injection 2 et 1894
- Le code de chimiothérapie 1950
- Les codes de dialyse 1923,1924, 1743, 1927
- La facturation par les médecins de services offerts par un médecin résident ou un étudiant en médecine

Pour être admissible aux fins de paiement, le médecin doit être sur place et assurer la surveillance des activités en cabinet.

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.

Si l'état d'un patient ne justifie pas une réévaluation directement par le médecin pour le renouvellement d'une ordonnance, la consultation d'un spécialiste, la communication de résultats d'analyses en laboratoire, entre autres, le médecin ne peut présenter de demande

de paiement pour ces services à l'Assurance-maladie, peu importe que le médecin décide ou non de voir directement le patient ou de lui parler au téléphone.

Un médecin ne peut présenter de demande de paiement à l'Assurance-maladie pour un rendez-vous manqué.

Il s'ensuit que la mention d'un service ou d'un acte médical dans le Cahier des tarifs de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick n'en fait pas nécessairement un service assuré dans tous les cas par l'Assurance-maladie.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un médecin participant au régime d'assurance-maladie qui opte pour la non-participation relativement au traitement d'un patient donné est tenu d'en informer le patient, tel qu'il est indiqué au chapitre 1, section 1.3.1.***

Tout médecin qui prend part au traitement d'un patient a droit à une rémunération proportionnelle aux services qu'il dispense au patient.

Les codes de service figurant dans le *Manuel des médecins* ont été négociés entre la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé. Ce ne sont pas tous les codes de service inscrits dans le *Manuel* qui s'appliquent à toutes les sections. Veuillez-vous reporter à la section réservée à votre spécialité dans le chapitre 5 et aux codes de service précisés dans le chapitre 4 (Sujets visant tous les praticiens). Les actes chirurgicaux se trouvent dans les sections relatives aux divers systèmes anatomiques visés par les interventions.

Si vous ne trouvez pas un code de service dans votre section pour un service que vous voulez offrir, veuillez communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin de discuter de l'ajout d'un code.

Le médecin traitant ou le chirurgien doivent, dans la mesure du possible, mettre le patient ou la personne financièrement responsable au courant de l'obligation contractée dans son cas, plus particulièrement dans le cas des consultations, des soins de soutien ou des soins de supervision.

Tout médecin qui prend part au traitement d'un patient doit remettre directement au patient ou à la personne financièrement responsable un relevé des frais, de préférence en y en indiquant le service ou l'acte ainsi que le tarif prévu dans le Cahier des tarifs de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

Il doit le faire au moment où le service est dispensé ou à intervalles réguliers. Si des changements sont nécessaires ou souhaitables par rapport aux tarifs indiqués dans le Cahier des tarifs, il doit en ajouter l'explication (p. ex. : réduction en considération de circonstances spéciales).

Les demandes de paiement provenant d'un groupe de médecins associés ou d'un centre médical doivent préciser les honoraires pour les services dispensés par chaque membre du groupe.

Un patient a le droit de recevoir un reçu personnel pour toute somme qu'il débourse.

1.2 Conditions et définitions

1.2.1 Spécialiste

Aux fins de l'application de tout service mentionné dans le présent cahier, le terme « spécialiste » désigne toute personne dont le nom figure au répertoire des spécialistes publié par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick dans la spécialité qui comprend le service en question.

Les honoraires indiqués sous la rubrique « Spécialistes en …» ne s'appliquent qu'aux services dispensés par un spécialiste dans son champ d'activité.

1.2.2 Visite

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : À moins d'avis contraire, un médecin peut uniquement facturer une visite ou consultation par jour par patient; aucune combinaison n'est autorisée. Si des circonstances atténuantes surviennent, mais que celles-ci ne figurent pas parmis les exceptions autre part dans le Manuel avec des codes précis, vous pouvez présenter une demande a fin qu'elles fassent l'objet d'une attention particulière. Voir chapitre 3, section 1.2, pour connaître les définitions d'une visite et d'une consultation.***

Une visite comprend les services qu'un médecin dispense à un patient à domicile, en cabinet ou à l'hôpital, à des fins de diagnostic et/ou de traitement.

Les honoraires de visite s'appliquent aux services suivants :

- Hyposensibilisation – infection et évaluation initiales;
- Extraction de corps étranger de l'œil;
- Otoscopie et/ou enlèvement de cérumen;
- Cathétérisme de la vessie;
- Proctoscopie;
- Tests de Papanicolaou réguliers;
- Test post-coïtal;
- Ablation simple d'ongle de doigt ou d'orteil;
- Insertion de sonde nasogastrique;
- Certaines fournitures et matériels (voir chapitre 1, section 4);
- Massage prostatique;
- Insufflation vaginale.

a) Visite en cabinet – Services dispensés dans le cabinet du médecin (à l'exclusion des actes spéciaux, des consultations, etc.).
   i. Première
      Lors d'une nouvelle maladie ou d'une maladie prolongée pour laquelle le médecin n'a pas dispensé de service au cours des 30 jours précédents.
   ii. Subséquente

Services continus, sauf « i. »

iii. Pour simple injection ou acte médical – visites à cette seule fin.

b) Visite à l'hôpital – Services dispensés à un patient officiellement admis à l'hôpital pour diagnostic et/ou traitement.

i. Une première visite avec évaluation majeure le jour de l'admission et une visite le même jour en cabinet ou en clinique sans rendez-vous peuvent être payées au même médecin si les deux services sont médicalement nécessaires.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour chaque spécialité, les honoraires pour une première visite à l'hôpital sous-entendent et comprennent une analyse des antécédents médicaux et un examen par le médecin pour les besoins de l'admission.***

ii. Visites suivantes – Les honoraires des soins journaliers subséquents comprennent normalement une rencontre en personne du médecin et du patient, mais cette rencontre peut ne pas avoir lieu en raison de circonstances particulières.

iii. Visites en service externe et en salle d'urgence applicables aux soins dispensés dans les services externes.

c) Visite à domicile – Services dispensés à un patient à domicile. Un « patient additionnel » désigne un autre membre de la même famille ou toute autre personne habitant dans la même maison et qui fait l'objet d'un examen et d'une ordonnance lors d'une visite à domicile.

d) Visite d'urgence – Situation où les besoins du patient et/ou l'interprétation de l'état de santé du patient par le médecin exigent une intervention immédiate aux dépens de ses heures normales de bureau ou de sa pratique médicale ordinaire. **La nécessité d'une intervention immédiate est le critère principal à envisager.** Un traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité du médecin n'est pas considéré comme une visite d'urgence. Les visites d'urgence pour des affections aiguës ou chroniques qui n'empêchent pas une pratique médicale ordinaire ne constituent pas des visites d'urgence. **Les visites d'urgence peuvent comprendre tout code de visite pour des services dispensés en situation d'urgence en cabinet, à domicile, en foyer de soins, en extramural ou en hospitalisation, ainsi que les appels d'urgence où l'on voit le patient à l'extérieur, par exemple dans la rue. Toutes les demandes de paiement pour visites d'urgence doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.**

e) Visite en USI et services dispensés à un patient officiellement admis dans l'unité pour diagnostic et/ou traitement.

i. Les honoraires d'évaluation initiale sont payables à raison d'une fois par addmission, sauf lorsque l'anesthésiste facture des soins respiratoires. Voir la note de l'Assurance-maladie au chapitre 4, section 2.9.

f) (i) Unité de soins intensifs fermée : Unité dans laquelle une équipe de médecins intensivistes dûment accrédités sont disponibles en tout temps (dans un délai de 10 à 15 minutes) pour assurer la prise en charge des patients en

phase critique. Seul un membre de l'équipe d'intensivistes peut faire admettre un patient, prendre en charge ses soins journaliers et lui donner son congé.

(ii) Dans une unité de soins intensifs ouverte, le patient est admis par le médecin traitant, qui prend en charge ses soins.

1.2.3 Examen

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : À moins d'avis contraire, un médecin peut uniquement facturer une visite ou consultation par jour par patient; aucune combinaison n'est autorisée. Si des circonstances atténuantes qui ne figurent pas en tant qu'exceptions ailleurs dans le Manuel sous des codes précis se présentent, il est possible de les soumettre pour une consideration spéciale. Voir chapitre 3, section 1.2, pour connaître les définitions d'une visite et d'une consultation.***

a) L'examen complet comprend les antécédents complets, un examen physique complet et, dans certains cas, l'examen détaillé d'un ou plusieurs systèmes ou parties. Les épreuves en laboratoire ordinaires, notamment l'analyse d'urine et de la teneur en hémoglobine, une ponction veineuse au besoin, la consignation des constatations au dossier et les conseils donnés au patient font partie de l'examen.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règles d'évaluation 7 et 12.***

b) L'examen spécifique comprend les antécédents complets des symptômes qui motivent la visite, ainsi que l'examen détaillé de la partie, de la région ou du système en cause dans le but de formuler un diagnostic, exclure une maladie et/ou évaluer une fonction chez un patient examiné auparavant par le médecin orienteur; il comprend les renseignements radiologiques et les résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux qui sont jugés essentiels à une évaluation régionale ou spécifique.

c) Les visites prévues dans les services externes des hôpitaux pour des cliniques doivent être facturées selon les codes et les honoraires applicables aux services externes.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement pour un examen spécifique ne sont admises qu'une fois par période de 90 jours pour un même patient. En outre, de telles demandes de paiement ne sont pas admises si la visite a eu lieu moins de 90 jours après une première visite comportant un examen complet (voir chapitre 2, règle d'évaluation 9).***

d) Dans le cas d'une première visite ou de visites subséquentes n'exigeant pas d'examen complet ou spécifique, la visite comprend l'examen requis de la partie, de la région ou du système en cause, la consignation des constatations au dossier, le diagnostic et la recommandation du traitement.

e) L'examen de santé (pour assurance, embauche, inscription scolaire, examen périodique, etc.) désigne l'examen de personnes de tout âge qui manifestent ou non des signes ou symptômes de maladie ou d'infirmité. Les honoraires exigés dépendent de l'évaluation. Les examens qui s'ajoutent à 3)a) ou 3)b) peuvent justifier des honoraires plus élevés.

f) Pour les besoins de la facturation, une visite n'est pas considérée comme appropriée lorsqu'elle est facturée en rapport avec un service non assuré, à moins que l'examen ou l'enquête soit nécessaire afin de faciliter le choix du traitement approprié.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les examens de santé en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie (voir chapitre 2, règle d'évaluation 1). Les examens de santé ordinaires à titre d'examen périodique ne sont pas des services assurés.***

1.2.4 Consultations

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : À moins d'avis contraire, un médecin peut uniquement facturer une visite ou consultation par jour par patient; aucune combinaison n'est autorisée. Si des circonstances atténuantes qui ne figurent pas en tant qu'exceptions ailleurs dans le Manuel sous des codes précis se présentent, il est possible de les soumettre à un examen spécial. Voir chapitre 3, section 1.2, pour connaître les définitions d'une visite et d'une consultation.***

Une consultation fait référence à une situation où le médecin, à la lumière de sa connaissance professionnelle du patient ou lorsque le patient ou une personne agissant au nom du patient lui a récemment demandé de le faire, demande expressément l'opinion d'un autre médecin ayant compétence en ce domaine, en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas. Le médecin consultant doit effectuer une évaluation du patient ainsi qu'un examen des résultats de laboratoire et autres renseignements, et communiquer par écrit ses opinions et recommandations au médecin orienteur.

Une consultation ne doit pas être facturée comme telle quand :

i. Le patient se présente lui-même au cabinet du consultant sans que le médecin principal en soit préalablement avisé. L'envoi d'un rapport au médecin principal en pareille circonstance ne justifie pas une consultation.

ii. Le médecin principal n'a pas été invité à donner un avis professionnel, mais le patient lui a simplement demandé le nom d'un spécialiste dans un domaine particulier et le patient a lui-même cherché et trouvé le spécialiste.

iii. La facturation porte sur un service non assuré, à moins que l'examen/blessure soit nécessaire afin de faciliter le choix du traitement approprié.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un collègue qui agit comme remplaçant est réputé être le même médecin aux fins d'évaluation. Le fait de demander à un médecin remplaçant de dispenser des soins généraux à un patient pendant l'absence d'un médecin ne constitue pas une consultation aux fins du paiement. Cependant, en cas de nécessité médicale, si l'intervention du second médecin est entièrement sans rapport avec l'absence du médecin orienteur, la facturation d'une consultation peut être appropriée.***

a) Une consultation majeure comprend les antécédents complets, ainsi qu'une étude et un examen de tous les systèmes ou parties pertinents à la spécialité, et peut, comprendre en outre l'examen détaillé d'un ou de plusieurs systèmes ou parties du corps chez un patient examiné auparavant par le médecin orienteur; elle comprend une revue des renseignements radiologiques et des résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux jugés essentiels à une évaluation complète dans cette spécialité. Le médecin consultant doit communiquer son opinion et ses recommandations par écrit au médecin orienteur.

b) Une consultation spécifique comprend les antécédents complets des symptômes qui motivent le recours au médecin, ainsi que l'examen détaillé de la partie, de la région ou du système en cause dans le but de formuler un diagnostic, exclure une maladie et/ou évaluer une fonction chez un patient examiné auparavant par le médecin orienteur; elle comprend une étude des renseignements radiologiques et des résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux jugés essentiels à une évaluation régionale ou spécifique. Le médecin consultant doit communiquer son opinion et ses recommandations par écrit au médecin orienteur.

c) Une consultation subséquente est une consultation effectuée par le même médecin, dans les trente jours suivant une consultation antérieure, pour une affection semblable ou connexe, à la suite d'une nouvelle demande de la part du médecin traitant.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'Assurance-maladie n'effectuera aucun paiement pour une consultation, à moins que le relevé des soins médicaux du patient n'indique un service antérieur dispensé par le médecin figurant comme médecin orienteur dans la demande de paiement du consultant. À défaut d'un tel service antérieur de la part du médecin orienteur, la demande de paiement est payée à titre de visite en cabinet applicable à un patient se présentant de sa propre initiative (voir chapitre 2, règle d'évaluation 11). Voir la note de l'Assurance-maladie au chapitre 3, section 1.2.8.***

PRINCIPES SUR LES FACTURATIONS DE CONSULTATION

Ces principes ont été élaborés pour aider les médecins dans la facturation appropriée des codes de consultation que l'on trouve dans les différentes sections du Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick. Vous y trouverez les directives concernant les aiguillages, les examens physiques, les exigences en matière de documentation, l'applicabilité de la prime d'urgence après les heures de travail et les facturations de consultation lorsque les médecins sont payés à la vacation.

Introduction

Une consultation facturable fait référence à une situation dans laquelle un fournisseur reconnu (voir chapitre 1, section 1.7.1 (h) ou chapitre 1, section 1.7.2 (j) du Manuel des médecins) demande spécifiquement l'opinion d'un médecin compétent pour donner son avis dans un domaine donné en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas. La demande peut découler de l'évaluation du patient par le médecin orienteur ou de son adhésion à une demande du patient ou d'une personne agissant au nom du patient.

Une consultation EST :

- Initiée par le médecin traitant, **et non pas par le consultant.**
- Une demande écrite ou verbale pour l'évaluation d'un patient qui est correctement consignée au dossier clinique du patient, y compris la date et l'heure de la demande.
- Faite par un professionnel de la santé reconnu des domaines connexes.
- Une demande de réévaluation d'un patient à la suite d'un changement dans l'état du patient.

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.**

Nota : Pour facturer une consultation d'un patient orienté pour une procédure de diagnostic, une demande de consultation pour évaluation doit être remplie.

Documentation nécessaire pour prouver l'aiguillage

Pour répondre aux exigences de facturation d'une consultation, la documentation d'un aiguillage par écrit ou par téléphone doit être versée au dossier du patient. La documentation doit inclure les éléments suivants :

A. Nom, numéro d'assurance-maladie et date de naissance du patient
B. Nom du consultant ou du service vers lequel est effectué l'aiguillage
C. Spécialité
D. Date de l'aiguillage
E. Nom du médecin orienteur
F. Raison de la demande d'opinion
G. La date et l'heure d'une demande par téléphone, s'il y a lieu

Nota : Un formulaire délivré par le consultant au médecin orienteur, en lui demandant de le signer et de le retourner au médecin consultant, ne constitue pas une demande de consultation acceptable.

Documentation nécessaire dans le rapport de consultation

Aux fins de répondre à une demande de consultation, « le médecin consultant doit effectuer une évaluation du patient » conformément à la définition générale d'une consultation à la section 1.2.4 du chapitre 3, et en faire rapport au médecin orienteur.

La documentation doit inclure les éléments suivants :

A. Communication écrite envoyée au médecin orienteur comprenant le nom, le numéro d'assurance-maladie et la date de naissance du patient
B. Nom du médecin orienteur
C. Date de la consultation
D. Nom du médecin consultant
E. Preuve que la vérification des antécédents médicaux et des examens appropriés (des systèmes pertinents) a été effectuée
F. Examen des données de laboratoire ou autres données pertinentes (le cas échéant)
G. Opinion et autres recommandations pour la gestion

Nota : Il incombe au médecin de tenir des dossiers cliniques adéquats qui supportent le service réclamé lors de l'utilisation de logiciels de dossiers médicaux électroniques (par exemple Meditech) pour la facturation d'un service. (Chapitre 1, section 7.2)

Prime d'urgence après les heures

La définition de services d'urgence, dans le cadre de la facturation des primes, fait référence aux services devant être effectués sans tarder en raison de l'état de santé du patient. L'heure à laquelle le service est fourni ne constitue pas en elle-même le facteur déterminant pour la facturation des primes. Des preuves consignées doivent exister concernant la nature urgente du service fourni après les heures de travail. La prime n'est payable que lorsque les deux critères ont été remplis : un service d'urgence (Chapitre 3, section 1.2.2 d) effectué après les heures de travail (Chapitre 4, section 2.12).

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après les heures normales.

Une prime d'urgence après les heures de travail peut être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation à 21 h 40 pour un patient présentant une insuffisance rénale avec fonctionnement compromis de l'organe. Une consultation est effectuée à 22 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. Les deux éléments sont payables, car les critères « urgence » et « après les heures de travail » sont remplis.

Une prime d'urgence après les heures de travail ne peut pas être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation le 1er avril à 11 h concernant le manque d'appétit d'un patient. Un spécialiste effectue la consultation le 6 avril à 20 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. La consultation est facturable, mais la prime ne l'est pas (fournir un service cinq jours après la demande ne démontre pas la nature urgente de la demande). [chapitre 3, section 1.2.4 "Guide pour la facturation des consultations"]

Facturation des consultations rémunérées à l'acte et rémunération à la vacation

Sauf indication contraire, les honoraires à la vacation sont des honoraires tout compris, et le médecin ne doit pas facturer ses services à l'acte pendant qu'il est payé à la vacation, peu importe où le service est fourni.

1.2.5 Soins obstétricaux

Les honoraires d'obstétrique sont censés couvrir le traitement d'un cas ordinaire et englobent les complications obstétricales moins importantes.

Les soins obstétricaux sont payés par visite, en plus de l'accouchement, de la façon indiquée dans le Cahier des tarifs.

1.2.6 Soins pédiatriques

Aux fins du présent Cahier des tarifs, voici la définition des catégories d'âge :

- ☞ Les soins du nouveau-né désignent les soins d'un bébé normal pendant les trois(3) premiers jours, y compris l'examen complet et les conseils nécessaires aux parents.
- ☞ Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 5½ livres (2,5 kg) ou moins à la naissance.
- ☞ Les soins du bébé normal désignent les visites périodiques en cabinet d'un bébé normal (codes 19 et 89) jusqu'à l'âge d'un an, pour le suivi régulier de la croissance et du développement, ainsi que les conseils aux parents.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Au moment de facturer un service pour un nouveau-né qui n'a pas reçu de numéro d'assurance-maladie, utilisez le numéro d'assurance-maladie de la mère en indiquant la date de naissance, le sexe, l'identificateur pour le nouveau-né (conformément au logiciel de facturation utilisé), ainsi que le diagnostic du nouveau-né. Toutes les notes de dossiers concernant le nouveau-né doivent être conservées dans le dossier du bébé.***

1.2.7 Services chirurgicaux

Sauf indication contraire dans le Cahier des tarifs, les honoraires pour une intervention chirurgicale englobent ce qui suit :

i. Examens et visites préopératoires normaux, quand le patient subit dans les 30 jours une opération pratiquée par le même chirurgien
ii. Examen et préparation du patient
iii. Tous les soins postopératoires pendant la période postopératoire normale (30 jours).
iv. Service(s) liés à l'intervention chirurgicale fournis au cours de la période postopératoire sont la responsabilité du chirurgien qui a pratiqué l'opération et sont compris dans les honoraires de chirurgie. Les services non liés à l'intervention chirurgicale et rattachés à un diagnostic médical différent sont payables au médecin traitant.

Dans les cas très complexes nécessitant des soins pré ou postopératoires prolongés, des frais additionnels peuvent être facturés, à la discrétion du chirurgien.

Lorsqu'un acte est considéré comme un « acte isolé », les honoraires relatifs à l'acte peuvent être facturés en plus des honoraires de visite, de consultation et d'autres services ou soins pré ou postopératoires.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée lors d'une visite à domicile, les honoraires de visite à domicile peuvent être facturés en plus des honoraires relatifs à l'acte.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Tous les services médicaux (y compris les soins à domicile, en cabinet et à l'hôpital) que le chirurgien dispense au cours de la période postopératoire normale sont compris dans les honoraires de chirurgie (voir chapitre 2, règle d'évaluation 27). Pour toute intervention chirurgicale, la période postopératoire normale est de 30 jours (voir chapitre 2, règle d'évaluation 28).***

1.2.8 Patients orientés et patients transférés

Un patient orienté est un patient qui est adressé à un spécialiste pour consultation et renvoyé au médecin orienteur pour la poursuite des soins.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'Assurance-maladie exige que le médecin consultant inscrive sur la demande de paiement le nom et le numéro du médecin traitant.***

Le patient transféré est un patient transféré des soins d'un médecin à un autre pour une évaluation et la poursuite des soins.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Quand un patient est transféré des soins d'un médecin à un autre de la même spécialité, pour la faciliter la tâche du médecin (remplacement pendant les vacances, rotations, etc.), la période des soins aux fins de paiement est réputée être ininterrompue.***

a) Pour les services dispensés avant le transfert du patient, le médecin orienteur peut exiger des honoraires à l'acte, par exemple :
   (i) Visites effectuées à domicile, en cabinet ou à l'hôpital
   (ii) En plus des visites énumérées au point (i) ci-dessus, dans les cas aigus où il est retenu au chevet du patient, le médecin peut exiger les honoraires prévus dans le Cahier pour la surveillance exclusive.

b) Pour les services dispensés à titre d'assistant pendant une opération, le médecin orienteur peut demander les honoraires d'assistance (voir chapitre 4, section 2.5).

   Dans les cas où le médecin orienteur doit être présent dans l'intérêt du patient, sans participer effectivement à l'intervention chirurgicale, il peut facturer ce service à titre de visite.

c) Pour les services dispensés après une opération, le médecin orienteur peut facturer les soins de soutien et/ou les soins de convalescence selon les tarifs prévus dans le Cahier (voir chapitre 4, section 2.7).

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le paiement des soins de soutien n'est fait que sur preuve de nécessité médicale.***

1.2.9 Services d'anesthésie

Voir le préambule de la section des services d'anesthésie au chapitre 5, section 2.1.

1.2.10 Considération spéciale (CS)

Les actes médicaux peu communs ou les affections inhabituelles qui varient considérablement quant à la durée, à l'expertise et à la responsabilité en cause peuvent être évalués en bénéficiant d'une considération spéciale.

Le médecin traitant ou les médecins traitants devraient évaluer leurs honoraires par rapport à des actes comparables du Cahier des tarifs (voir chapitre 4, section 2.12.1).

Les tarifs prévus dans le *Manuel du médecin* sont les tarifs maximaux ordinaires sur lesquels les paiements de l'Assurance-maladie sont fondés. Dans les cas où des circonstances exceptionnelles justifient des honoraires supérieurs à ceux

normalement payables selon le Cahier des tarifs, les médecins doivent soumettre une demande de paiement pour « considération spéciale » et :

- soumettre leur demande de paiement en indiquant le code approprié;
- demander une considération spéciale et soumettre les honoraires demandés;
- fournir les documents à l'appui.

1.12.11 Nouveaux services

Définition :

Un nouveau service est défini comme étant un nouveau tarif créé pour une nouvelle intervention, une nouvelle technique, une nouvelle technologie ou un nouveau programme. Le processus du Comité des nouveaux services ne doit servir ni à approuver des augmentations de tarif ni à créer de nouveaux tarifs plus élevés pour un service adéquatement décrit et payé sous un code de service existant.

Financement :

Le mandat du Comité des nouveaux services comprend la recherche de nouveau financement pour les nouveaux services approuvés.

Pour des services non approuvés, une section individuelle peut tenter de financer ces services au moyen de la répartition de la rémunération ou du processus de révision des tarifs prévus, ou bien à même le budget existant de la spécialité qui en fait la demande.

Aucun paiement pour des nouveaux services ne sera effectué avant que la soumission au Comité des nouveaux services n'ait été finalisée et que le service n'ait été approuvé pour aller de l'avant.

Processus :

Un médecin désirant soumettre un nouveau service doit procéder de la manière suivante :

1. Il soumet une demande par écrit à l'agent de liaison de la section pour approbation.
2. L'agent de liaison de la section envoie la soumission à la SMNB pour considération par le Comité des nouveaux services.
3. Les nouveaux services sont horodatés par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et un exemplaire est envoyé au ministère de la Santé.
4. Le ministère de la Santé procède à l'examen de la demande avec la RRS s'il y a lieu.
5. Les demandes sont examinées par le Comité et une réponse est fournie à la section dans les 6 mois suivants la réception de la demande.

Comité des nouveaux services :

Le Comité des nouveaux services est un sous-comité du Comité des affaires économiques de la SMNB et fera rapport des renseignements pertinents au Comité des affaires économiques au besoin.

On convient qu'il peut parfois s'avérer nécessaire que l'agent de liaison de la section délègue son autorité à d'autres membres de la Section. Dans un tel cas, l'agent de liaison de la section doit indiquer clairement à qui il a délégué son autorité; tous les renseignements de suivi seront envoyés à la fois à l'agent de liaison et au délégué.

Des réunions auront lieu régulièrement, au moins tous les 2 mois. Ces réunions seront prévues au calendrier. Si une réunion est annulée ou remise, une nouvelle date de réunion devra être acceptée peu de temps après la date d'annulation.

Un procès-verbal et une liste des tâches doivent être rédigés pour chaque réunion. Le procès-verbal comprendra la liste des participants du comité, les nouveaux services discutés, toute note de discussion pertinente et toute mesure à prendre, en précisant les responsables du suivi. Le procès-verbal sera fourni au Comité des affaires économiques de la RAA.

Une liste principale numérique des nouveaux services en suspens sera maintenue par le ministère de la Santé et mise à jour après chaque réunion du Comité des nouveaux services. La liste principale comprendra le nouveau service demandé, la date de la demande, la section qui a fait la demande de nouveau service, le médecin qui a soumis la demande, le nom de l'agent de liaison de la section, les notes de discussion sur le nouveau service de la réunion du sous-comité et la durée estimée de l'intervention/service. Toute note ajoutée à la liste principale sera datée et une date d'achèvement sera jointe à toute mesure de suivi à prendre. On inscrira également sur la liste principale si la mesure à prendre a été réalisée ou non.

Toute demande doit être reçue par écrit sur le formulaire de demande de nouveau service approuvé.

1.2.12 La réparation des blessures iatrogéniques

La réparation des blessures iatrogéniques ne peut pas être facturée à l'Assurance-maladie (la blessure et la réparation se produisent au cours de la même intervention et le problème est corrigé par le même chirurgien ou collaborateur).

1.2.13 Honoraires de surveillance exclusive

Le médecin peut demander des honoraires de surveillance exclusive lorsqu'il doit consacrer une période de temps prolongée aux soins immédiats du patient (à l'exclusion de tout autre travail). (Voir chapitre 4, section 2.4)

1.2.14 Services de laboratoire

a) Les actes en laboratoire sont fournis aux patients hospitalisés dans le cadre du programme des services hospitaliers.

b) Patients externes : La plupart des actes en laboratoire sont accessibles aux médecins en référant leurs patients ou leurs échantillons à un hôpital ou aux services externes d'un hôpital, et entrent dans la catégorie des Services externes de laboratoire.

On peut obtenir du Service provincial de laboratoire une liste des actes en laboratoire disponibles, ainsi que leur coût habituel.

c) En ce qui concerne les services de laboratoire effectués par un médecin en cabinet privé ou sous sa surveillance, voir Actes diagnostiques et thérapeutiques et diverses sections du présent cahier.

1.3 Contestation de tarifs

La Société médicale du Nouveau-Brunswick maintient les comités compétents qui sont à consulter lors des contestations de tarifs. Ces questions peuvent être présentées par le médecin, le patient ou un organisme payeur en s'adressant le directeur exécutif de la Société.

1.4 Révision du Cahier

La Société médicale du Nouveau-Brunswick maintient un comité permanent sur les tarifs, qui a pour rôle d'établir un rapport entre les tarifs et la pratique courante de la médecine. Les membres de la Société qui constatent des erreurs dans le présent cahier ou désirent formuler des recommandations au sujet de nouveaux actes doivent transmettre leurs observations au secrétaire général de la Société. Des modifications au Cahier des tarifs peuvent être publiées de temps à autre.

1.5 Valeurs unitaires

Spécialité	Tarif	Date
Anesthésie		
Unité générale (Z)	1,54 $	01/04/19
Unité générale (I)	1,53 $	01/04/19
Unité d'anesthésie (I et Z)	$18,08 $	01/04/19
Assistance chirurgicale	1,54 $	01/04/19
Chirurgie cardiaque	1,14 $	01/04/11
Chirurgie générale (thoracique et vasculaire)	1,31 $	01/04/17
Chirurgie orthopédique	1,30 $	01/04/19
Chirurgie plastique	1,54 $	01/04/17
Clinique sans rendez-vous	1,05 $	01/04/10
Dermatologie	1,49 $	01/04/11
Médecine de laboratoire (Anatomie pathologique, Pathologie générale, Microbiologie médicale)	1,14 $	01/04/17
Médecine fœtale	1.38 $	01/04/17
Médecine générale	1,54 $	01/04/19
Médecine interne (Gériatrie, Radiologie oncologique, Oncologie médicale)	1,14 $	01/04/17
Médecine interne générale	1,18 $	01/04/19
Médecine nucléaire	1,39 $	01/04/10
Spécialité non agrée (75% du tarif pour spécialité agrée)	1,04 $	01/04/10
Médecine d'urgence	1,54 $	01/04/19
Neurologie	1,48 $	01/04/17
Neurochirurgie	2,28 $	01/04/14
Obstétrique et gynécologie	1,39 $	01/04/19
Ophtalmologie	1,19 $	01/04/17
Oto-laryngologie	1,07 $	01/04/17
Pédiatrie	1,47 $	01/04/19
Pneumologie	1,59 $	01/04/15
Physiatrie et réadaptation	1,84 $	01/04/17
Psychiatrie	1,34 $	01/04/17
Radiologie diagnostique	1,34 $	01/04/10
Spécialité non agrée (75% du tarif pour spécialité agrée)	1,01 $	01/04/10
Rhumatologie	1,34 $	01/04/19
Urologie	1,27 $	01/04/17
Valeur unitaire générale	1,01 $	01/02/07

☞***Note de l'Assurance-maladie : Sauf indication contraire dans le Manuel des Médecins, les spécialistes non agréés seront rémunérés au taux des spécialistes agréés pour toutes les procédures rendues, sauf en ce qui concerne la radiologie. Les spécialistes non agréés doivent facturer des honoraires de consultation et de visite, conformément à la Section de la médecine générale du Manue.***

1.6 Rémunération à la vacation

Spécialité	Tarifs par heure	Date d'effet
Général – vacation	142,80 $	01/04/19
Obstétrique/Anesthésie	180,80 $	01/04/19
Médecine d'urgence hopitaux régionaux	205,32 $	01/04/19
Médecine d'urgence hopitaux non-régionaux	197,88$	01/04/19
Médecine générale (urgence)	205,32 $	01/04/19

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: La rémunération à la vacation exclut le paiement d'autres services ajoutés, à moinsde stipulation contraire.***

1.7 Légende

Les actes codés dans le *Manuel du médecin* portent une lettre-code (A, B, C ou D) sous l'en-tête « Liste ». Voici la signification de ces lettres-codes :

« A » Indique un acte de la liste A. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectuées le même jour, mais pas le jour où des actes chirurgicaux sont effectués par le même médecin. Ces actes sont payables à 75 % avec d'autres actes des listes A ou B effectués le même jour.

« B » Indique un acte de la liste B. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectuées le même jour, ou d'actes chirurgicaux dont ils ne font pas normalement partie. S'ils sont suivis d'une chirurgie par le même médecin le même jour, ils sont payés à 75 % du tarif normal.

« C » Indique des actes qui sont non payables, sauf indication contraire dans le Manuel des Médecins, s'ils sont effectués le même jour qu'une visite ou une consultation. Toutefois, les soins pré et postopératoires sont payables en supplément. Les exceptions à cette règle sont : les actes spéciaux en ophtalmologie et en audiométrie ainsi que les frais de fournitures médicales.

« D » Indique les actes chirurgicaux comportant des restrictions concernant le paiement des honoraires des soins pré et post opératoires.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour l'ensemble des actes médicaux, il faut joindre au dossier du patient un dossier clinique, un protocole opératoire, un rapport d'intervention ou tout autre type de document à l'appui donnant le détail de l'intervention pratiquée. Cela comprend les rapports de pathologie (le cas échéant).***

Abréviations

UB – Unités de base
CS – Considération spéciale
UD – Unités de durée
HV – Honoraires de visite
+/- – avec ou sans

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : 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).***

CHAPITRE 4 : ÉLÉMENTS COMMUNS À TOUS LES MÉDECINS

Section 1 : Services non-assurés

1.1 Médecine industrielle et de santé publique ou autres services à la demande d'un organisme public.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : En calculant les honoraires à percevoir pour des services non assurés comportant l'inscription CS (considération spéciale), le médecin doit considérer les revenus qu'il aurait obtenus dans le même laps de temps en examinant des patient au titre de services assurés.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés (voir chapitre 2, règle d'évaluation 1).***

1.2 Prélèvements sanguins pour alcoolémie et documentation à la demande du ministère de la Justice et de la Consommation.

1.2.1 Honoraires de visite et d'examen

Patient blessé : facturer d'après les codes et les tarifs appropriés de l'Assurance-maladie.

Patient non blessé : sans tenir compte de l'heure du jour, de la fin de semaine ou des jours fériés.

- Médecin se trouvant déjà à l'hôpital 2959 21
- Médecin appelé à l'hôpital 2960 52

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de visite et d'examen sont non payables quand le médecin qui effectue le service est déjà rémunéré à la vacation ou en salaire.***

1.2.2 Prélèvements sanguins et documentation

Prélèvements sanguins et rédaction des documents pertinents ..... B 2961 28

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables en plus des honoraires de visite et d'examen et ceux des actes chirurgicaux qui peuvent être fournis au même patient le même jour.***

1.2.3 Surveillance exclusive

Retard entraînant la présence obligatoire d'un médecin au-delà d'une demi-heure, sans rapport avec les soins au patient, par tranche de 15 minutes 2962 13

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La prime d'urgence après les heures ne s'appliquera pas à ce service.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'Assurance-maladie obtient du ministère de la Justice et de la Consommation le recouvrement des paiements applicables aux services ci-dessus.***

Section 2 : Services divers

2.1 Foyers de soins

Examen complet avant l'admission	2000	45
Premier patient vu pendant la visite	2001	40
Visite d'urgence la nuit ou la fin de semaine, premier patient	1752	56
Chaque patient additionnel	9	25

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le paiement n'est versé que pour les visites où le médecin est appelé de manière expresse au foyer de soins. Les visites régulières générales relatives aux soins de garde ne sont pas payées à ce titre (voir chapitre 2, règle d'évaluation 45). Les demandes de paiement pour les visites d'urgence (voir la définition au chapitre 3, section 1.2.2d) doivent indiquer à quelle heure les services ont été effectués, y compris durant les fins de semaine et les jours fériés.***

2.2 Visites d'urgence

Cette rubrique vise les véritables visites d'urgence, définies au ***chapitre 3, section 1.2.2d***, effectuées soit à l'hôpital (**aux patients hospitalisés et/ou obstétricaux en salle de cas seulement**), soit en cabinet ou dans des lieux divers tels que la scène d'un accident. Elle ne vise pas les visites à domicile, en foyer de soins ni en service externe ou en salle d'urgence : ces catégories sont mentionnées ailleurs dans le texte.

Ces honoraires ne s'appliquent pas, par exemple, aux soins préalablement prévus après les heures normales, ni lorsque des patients doivent être vus de façon urgente en cabinet pendant les heures de bureau ou à l'hôpital pendant la tournée des patients.
« De jour » s'applique aux soins dispensés les jours ouvrables entre 7 h et 17 h59.
« De nuit » s'applique aux soins dispensés sur semaine entre 18 h et 6 h59.
« En fin de semaine » s'applique aux soins dispensés les samedis, dimanches et jours fériés.

Visite d'urgence de jour	2855	21
Patient additionnel en cabinet	2858	21
Patient additionnel ailleurs	2859	14
De nuit et en fin de semaine	2856	70
Patient additionnel	2861	33

Jours fériés

a) Jour de l'An
b) Jour de la Famille
c) Vendredi saint
d) Lundi de Pâques
e) Fête de la Reine (fête de Victoria)

f) Fête du Canada
g) Fête du Nouveau-Brunswick
h) Fête du Travail
i) Jour d'Action de grâces
j) Jour du Souvenir
k) Jour de Noël
l) Lendemain de Noël

Lorsque le jour de l'An, la fête du Canada ou le jour du Souvenir a lieu le samedi ou le dimanche, le lundi suivant tient lieu de congé.

Congés fériés se rapportant à Noël :

a) Si Noël a lieu durant la semaine, du lundi au jeudi, les 25 et 26 décembre constituent des jours de congé.
b) Si Noël a lieu un vendredi, le 25 décembre constitue un jour de congé et le 28 décembre tient lieu de jour de congé.
c) Si Noël a lieu un samedi ou un dimanche, le lundi et le mardi suivants tiennent lieu de congé.

Les modalités ci-dessus s'appliquent lorsque le paiement est versé en fonction des jours fériés.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement pour visite d'urgence (voir la définition au chapitre 3, section 1.2.2d) doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.***

2.3 151Visites en salle d'urgence

« De jour », « de nuit », et « en fin de semaine » : voir ci-dessus. « Premier patient » désigne la première personne soignée lorsque le médecin fait une visite spéciale à l'hôpital. Ces codes ne s'appliquent pas quand un médecin se déplace d'un autre endroit dans l'hôpital; ils ne s'appliquent pas non plus au premier patient examiné par un médecin qui assure un service prévu sur place. Cela s'applique aussi à une visite faite pendant une période de garde sur place dans un établissement de soins de santé. « Patient additionnel » désigne toute personne soignée dans le service après le premier patient défini ci-dessus. « Cabinet sur place » signifie que le médecin maintient un cabinet dans l'hôpital ou dans un édifice annexé.

L'utilisation du code 2854 doit se limiter à un service à l'heure, c.-à-d. qu'il doit s'écouler une heure entre les services facturés.

Soins de jour :		
Premier patient (visite faite sur demande)	2020	27
Premier patient – visite spéciale à partir du cabinet sur place.....	2925	23
Patient additionnel	2021	23
Soins de nuit et en fin de semaine		
Premier patient soigné (par un médecin qui n'assure		

pas le service prévu sur place) dans un hôpital où l'on assure un service sur place	2831	39
Premier patient soigné dans un hôpital sans service sur place	2854	91
Médecin se déplaçant de son cabinet sur place	2926	39
Patient additionnel, tout hôpital	2832	28

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Tous les rendez-vous prévus et les cliniques aux services externes doivent être facturés selon le code associé à chaque spécialité. Quand l'exécution d'un acte des listes A ou B est le seul objet de la présence aux services externes ou d'urgence, seul le tarif de l'acte est payable. De plus, si un tarif de visite ou de consultation a été versé pendant les 30 jours précédents, aucun autre tarif de visite ou de consultation ne peut être facturé à la date d'exécution d'un acte des listes A ou B, sauf en situation d'urgence où l'on doit demander une considération spéciale. (Chapitre 2, Règle d'évaluation 13). Les factures présentées en vertu des codes de service s'appliquant aux services d'urgence des hôpitaux doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été dispensés, y compris durant les fins de semaine et les jours fériés. Les factures présentées pour les visites prévues dans les services externes n'ont pas besoin d'indiquer l'heure de la journée.***

Services d'urgence dans des établissements non régionaux

Les médecins qui dispensent des services d'urgence dans des établissements non régionaux approuvés peuvent toucher une somme de 400 $ pour chaque quart, de minuit à 8 h. En outre, les médecins peuvent facturer les services qu'ils ont dispensés pendant cette période. Seulement un médecin par établissement par nuit peut recevoir la somme de 400 $. Les médecins doivent être présents dans l'établissement ou résider à quinze minutes de celui-ci.

Les médecins qui peuvent bénéficier de la prime de 400 $ peuvent accepter un taux horaire de 190,00 $ l'heure pour le quart de 18 h à minuit, sept jours sur sept ou peuvent aussi recevoir ce taux pour le quart de 8 h à 18 h les fins de semaine et jours fériés.

Les médecins doivent être sur les lieux pour recevoir le taux horaire. Les seuls honoraires qui peuvent être facturés en sus du taux horaire sont ceux versés pour les accouchements.

2.4 Honoraires de surveillance exclusive

Voir la définition dans le préambule général, chapitre 3, section 1.2.13 – par tranche de 15 minutes	200	23

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement de surveillance exclusive ne peuvent être approuvées sans renseignements à l'appui expliquant la nécessité de la surveillance exclusive (voir chapitre 2, règle d'évaluation 17). Par définition, la surveillance exclusive peut être facturée dans les seuls cas où le médecin consacre tout son temps au patient à l'exclusion de tout autre travail. Il faut entendre par là que le médecin est occupé au chevet du patient; il ne s'agit pas ici des périodes d'attente, etc. Les demandes de paiement pour la surveillance exclusive ne s'appliquent pas jusqu'à ce que le temps indiqué pour une consultation appropriée se soit écoulé (p. ex. : consultation,***

examen complet, admission à l'hôpital ou aux soins intensifs = 1 heure; consultation subséquente, soins de jour à l'hôpital ou soins intensifs et visite en cabinet = ½ heure). Les honoraires de surveillance exclusive ne sont pas payés en plus des actes médicaux.

Une visite ne peut être facturée dans les cas suivants : vous êtes déjà à l'hôpital et vous êtes appelé pour voir un patient hospitalisé (vous êtes le médecin traitant) de façon urgente ou vous êtes le chirurgien qui a réalisé l'intervention et vous rendez visite au patient dans la période postopératoire. Par contre, une demande de paiement pour surveillance exclusive peut s'appliquer si le temps consacré au patient est supérieur à la première demi-heure.

Votre demande de paiement doit indiquer le temps total incluant l'heure de début et de fin consacré au patient (visite + surveillance exclusive); si aucune visite n'est facturée, veuillez expliquer pourquoi.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les modalités ci-dessus s'appliquent aux demandes de paiement de surveillance ordinaire et de la surveillance en unité de soins intensifs (voir les codes de l'USI dans les sections particulières aux spécialités).***

2.5 Honoraires d'assistance chirurgicale (rôle 3)

a) (i) Les honoraires d'assistance chirurgicale sont de 33 % (minimum de 25 unités) des honoraires prévus pour le chirurgien. En ce qui a trait à des actes additionnels au cours de la même séance opératoire, les honoraires d'assistance chirurgicale sont de 33 % du taux de 50 % ou de 75 % accordé au chirurgien.
(ii) Les honoraires d'assistance chirurgicale ne peuvent s'accompagner d'une prime-cancer.

b) Les honoraires d'assistance chirurgicale sont payables lorsqu'il y a une nécessité médicale pour le recours à un assistant. Dans le cas d'une chirurgie de cataracte, cela est expliqué plus en détail à l'annexe 2 des règlements.

c) Les honoraires d'assistance ne s'appliquent pas dans le cas des interventions chirurgicales ayant un tarif de 77 unités ou moins, sauf dans des circonstances spéciales: on doit alors soumettre une note explicative.

d) Les honoraires d'assistance ne sont pas versés pour les actes diagnostiques endoscopiques, à moins d'une indication dans le Cahier.

e) L'assistance chirurgicale n'est pas payée à un chirurgien qui a reçu des honoraires de chirurgien pour d'autres actes chirurgicaux au cours d'une même séance opératoire faite avec un chirurgien de la même spécialité.

f) Des dispositions ont été prises pour payer l'assistance chirurgicale dans les cas où des médecins de différentes spécialités s'entraident pendant une même séance de chirurgie. Cela s'applique aux cas où chaque médecin est responsable d'un acte primaire pendant la même séance de chirurgie. Le cas échéant, cela permet d'éviter d'avoir à demander l'assistance d'un troisième médecin.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Si l'on doit avoir recours à plus d'un assistant, la nécessité médicale doit être expliquée sur la demande de paiement du chirurgien ou sur un document annexé.*** **(voir chapitre 2, règle d'évaluation 29)**

2.5.1 Justification d'un second assistant

Le chirurgien principal doit lui-même inscrire un message dans sa demande de paiement, ou dans un document l'accompagnant, pour expliquer le besoin d'un second assistant et ainsi permettre que ce dernier soit rémunéré.

La facturation informatisée permet d'ajouter un message seulement dans le champ du **DIAGNOSTIC**, ou encore dans celui de la **DESCRIPTION DU SERVICE** si votre logiciel vous permet de modifier le texte qui apparaît automatiquement au moment d'inscrire un code de service. Le diagnostic et la description du service devant figurer dans ces champs, une partie seulement des 40 espaces disponibles peut être utilisée pour un autre message.

Pour permettre de consigner dans ces espaces si restreints tous les renseignements requis, et de ne pas utiliser une demande de paiement papier, l'emploi d'un code spécial « EEE » est proposé, que vous suivrez d'un bref énoncé quant au besoin du second assistant. À titre d'exemple, si le deuxième assistant est requis en raison d'une grosse tumeur chez un patient très obèse, on peut dire « EEE tumeur vol++ », ce qui laisse 17 espaces pour le diagnostic ou la description du service. L'emploi des lettres EEE est tout simplement un moyen d'écrire : « Un second assistant était requis en raison de… » en n'utilisant que 4 caractères, c.-à-d. 3 lettres et un espace.

2.6 Chirurgiens collaborateurs (rôle 6)

Le rôle de chirurgien collaborateur peut être invoqué dans des situations chirurgicales exceptionnellement graves ou complexes où des circonstances cliniques particulières nécessitent une prise de décision préopératoire partagée, en plus d'une participation à titre de consultant ou d'assistant-chirurgien. (voir chapitre 2, règle d'évaluation 29)

Les honoraires des chirurgiens collaborateurs comprennent la participation de chacun d'eux, au besoin, à l'évaluation et aux soins du patient avant et/ou après l'intervention chirurgicale, dans la même mesure qui si l'on facturait les honoraires d'un chirurgien agissant seul.

2.7 Soins simultanés

Soins donnés à un patient par plus d'un médecin, lorsque les soins médicaux indiqués exigent les services de plus d'un médecin pour le traitement approprié du patient, incluant **les soins de supervision, les soins continus et les soins de soutien.**

2.7.1 Soins de supervision

Les soins de supervision sont fournis par un spécialiste à la demande du médecin traitant, par consultation la première semaine, s'il y a lieu, et trois visites, puis quatre visites par semaine par la suite, au taux journalier approprié des soins à l'hôpital (voir les codes associés à chaque spécialité).

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le numéro de renvoi du médecin traitant doit être indique dans toute demande de paiement de soins de supervision.***

2.7.2 Soins continus

Les soins continus sont donnés par un spécialiste à la demande du médecin traitant lorsque le patient est transféré au spécialiste.

2.7.3 Soins de soutien

Les soins de soutien sont les soins requis dispensés par le médecin orienteur en plus des soins dispensés par un médecin consultant lorsqu'un patient est hospitalisé, et peuvent comprendre jusqu'à quatre visites par semaine au taux journalier approprié des soins à l'hôpital. 199 31

2.7.4 Transfer du patient

Définition :

Un médecin qui prend en charge un patient transféré par un autre médecin peut facturer selon un code de transfert. Le transfert doit comporter un examen direct du patient par le médecin qui accepte de le prendre en charge. On ne doit pas utiliser le code de transfert si le médecin qui prend en charge le patient a donné une consultation majeure, a procédé à l'admission à l'hôpital le premier jour ou a effectué tout autre examen complet dans les 30 jours précédant la prise en charge. On doit noter que le code de transfert ne correspond pas à celui d'une consultation puisqu'il ne nécessite pas d'opinion ou de recommandation au sujet du traitement, mais qu'il constitue plutôt un suivi de traitement confié à un autre médecin. Lorsqu'un médecin prend entièrement en charge le patient pour le reste du séjour, les codes d'hôpital s'appliquent. Tous les codes de transfert doivent indiquer le médecin orienteur; celui-ci doit être le médecin qui traitait le patient avant son transfert.

Dans les cas des situations de soins postopératoires, lorsque le chirurgien ne transfère pas le patient, mais demande l'assistance d'un deuxième médecin relativement à un autre diagnostic/affection les soins de soutien/supervision peuvent s'appliquer au deuxième médecin. Lorsque le chirurgien transfère bel et bien un patient à un deuxième médecin durant la période postopératoire pour un autre diagnostic/affection, le médecin qui prend le patient en charge peut facturer selon le code de transfert et les codes de soins à l'hôpital.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Cette définition s'applique aux transferts à l'hôpital et à l'unité des soins intensifs. Consultez les sections réservées aux spécialités pour obtenir les codes et les tarifs précis.***

Quand les services du ou des consultants sont exigés au-delà du stade de la consultation, on doit préciser, autant que possible au moment de la consultation, la manière dont le traitement sera dispensé par le ou les consultants et par le médecin traitant.

Chaque médecin doit présenter une demande de paiement distincte pour les services qu'il a dispensés, en l'accompagnant d'une note explicative.

Les cas pour lesquels des honoraires particuliers sont prévus pour des actes nécessitant une équipe de médecins ne sont pas considérés comme des cas de soins simultanés.

2.8 Rémunération à la vacation

Voir chapitre 3, section 1.6 pour les tarifs

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires touchent des périodes (vacations) convenues au préalable, avec l'approbation de l'Assurance-maladie. La période totale de temps incluant l'heure de début et de fin facturée se calcule en arrondissant par intervalles de 15 minutes. Tous les paiements à la vacation sont basés sur des tarifs tout compris, sauf avis contraire. Pour plus de détails concernant la facturation à la vacation, veuillez consulter les Normes s'appliquant aux paiements à la vacation.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Dans les cas où le médecin commence à fournir un service pendant un quart de travail pour lequel il est rémunéré à la vacation et qu'il continue à fournir ce service plus de 30 minutes après la fin de ce quart de travail, le code de surveillance exclusive approprié peut être facturé. Les demandes de paiement de surveillance exclusive ne peuvent être approuvées à moins d'être accompagnées de notes explicatives décrivant les circonstances qui ont nécessité la surveillance exclusive. Par définition, la surveillance exclusive ne peut être facturée que dans les cas où le médecin consacre tout son temps au patient, à l'exclusion de tout autre travail. Il faut entendre par là que le médecin est occupé au chevet du patient; il ne peut pas s'agir de périodes d'attente ou d'appels téléphoniques, par exemple. La période de surveillance exclusive commence 30 minutes après la fin du quart de travail pour lequel le médecin était rémunéré à la vacation et peut être facturée par tranches de 15 minutes. Les honoraires de surveillance exclusive ne sont pas payés en plus des interventions. Le médecin doit indiquer sur sa demande de paiement le temps total incluant l'heure de début et de fin consacré au patient, l'heure à laquelle s'est terminé son quart de travail pour lequel il était rémunéré à la vacation et l'heure à laquelle la surveillance a commencé. Si le service ne dépasse pas la fin du quart de travail d'au moins 30 minutes, le temps consacré au patient est considéré comme un prolongement de service et le médecin n'a pas droit à une rémunération supplémentaire.***

2.9 Unités de soins spéciaux

Soins intensifs – Les honoraires suivants s'appliquent aux services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues comme telles par le ministère de la Santé, notamment les unités de soins intensifs pour nouveau-nés et les unités des grands brûlés, par des médecins ayant une formation et/ou une expérience pertinente.

Évaluation initiale et instauration des soins		
Non-spécialistes	21	181
Spécialistes (sauf en anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie, neurochirurgie et pédiatrie : voir la section de la spécialité appropriée pour les codes de service applicables)	2876	221

Taux journalier pour le médecin traitant
Non-spécialistes 22 31
Spécialistes prévus ci-dessus 2877 39
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive
Non-spécialistes – par quart d'heure..... 23 40
Spécialistes prévus ci-dessus – par quart d'heure..... 2878 50

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la description du service de la surveillance exclusive au chapitre 4, section 2.4.***

Soins de supervision
Non-spécialistes 25 18
Spécialistes (toute spécialité)..... 198 22

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Soins de supervision en unité de soins intensifs, consultation (s'il y a lieu) et 4 visites la première semaine, puis 5 visites par semaine par la suite.***

Pour un patient sous ventilation assistée, par jour,
maximum de 3 jours (payable uniquement en USI
au médecin qui surveille les soins de ventilation), ajouter 1798 58

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le numéro de renvoi du médecin traitant doit être indique dans toute demande de paiement de soins de supervision.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de consultation sont non payables en plus des honoraires d'évaluation initiale. Les honoraires d'évaluation initiale ne s'appliquent pas non plus lorsque le même médecin a donné une consultation majeure au cours des 24 heures qui précèdent. C'est plutôt le code de soins journaliers en soins intensifs qui s'appliquerait. Les honoraires se rapportant aux soins intensifs comprennent les actes, sauf indication contraire. Ces honoraires ne s'appliquent pas au chirurgien au cours des 24 heures qui suivent une intervention chirurgicale à moins que l'admission aux soins intensifs n'ait eu lieu avant l'intervention chirurgicale ou que le patient y soit transféré après le retour à sa chambre. Les demandes de paiement de surveillance exclusive doivent comprendre des notes explicatives appropriées (voir chapitre 2, règle d'évaluation 17).***

2.10 Actes divers

a) Non payables en sus lorsque des honoraires de consultation ou de visite s'appliquent:
Warfarine – surveillance du traitement à long
terme, par mois (service par téléphone).....C 1898 12
Teneur en hémoglobine.....C 1886 3
Analyse d'urine complète, incluant examen microscopique .....C 1884 3
Ponction veineuse – adulte ou enfant
de 4 ans et plus **(CS seulement)** .....C 2050 5
Ponction veineuse – nourrisson ou enfant
de moins de 4 ans **(CS seulement)** .....A 2051 8

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les ponctions veineuses (codes de service 2050 2051 sont des services assurés par l'Assurance-maladie seulement lorsque le médecin est appelé spécifiquement pour exécuter l'intervention dans un hôpital (voir chapitre 2, règle d'évaluation 14).***

Injection pour pyélographie intraveineuse
(non payable au radiologue faisant l'interprétation) .....C 1945 8

b) Payable en plus d'une consultation, honoraires de visite ou chirurgie mineure (77 unités ou moins) seulement si elle est effectuée en cabinet

Frais de fournitures pour le test de Papanicolaou .....C 1999 12

2.11 Nutrition parentérale totale (suralimentation)

Consultation, avec évaluation de l'état de nutrition et du degré métabolisme maximal. L'opinion du consultant relativement au genre de nutrition et au plan proposé de thérapie nutritive doit être communiquée par écrit au médecin orienteur..... 2475 57

Soins journaliers après le jour où commence la nutrition parentérale

2^{e} – 30^{e} jour, par jour 2478 11

Après 30 jours, par jour 2480 4

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement pour suralimentation par voie intraveineuse doivent indiquer la nécessité médicale. La suralimentation et les soins intensifs/soins hospitaliers journaliers/soins de supervision ne sont pas payables au même médecin pour la même période d'hospitalisation.***

Les honoraires pour la nutrition parentérale totale est payable pendant la période pré ou postopératoire au même médecin ou à un autre médecin. Toutefois, ces honoraires ne sont pas payables à un chirurgien le jour de la chirurgie.

2.12 Prime d'urgence après les heures normales

Après les heures normales veut dire de 18 h à 6 h 59 les jours ouvrables et toute la journée les samedis, dimanches et jours fériés, et comprend, dans le seul cas des non-spécialistes, l'anesthésie aux dépens d'heures de bureau régulièrement prévues. La prime s'élève à *60 % du taux normal de paiement, moyennant un minimum de 30 unités générales ou de trois unités d'anesthésie. La prime d'urgence augmente de *100 % pour les services rendus entre minuit et 6 h 59. Lorsque de multiples services sont dispensés, le minimum de 30 unités générales ou de trois unités d'anesthésie ne s'applique qu'au service principal.

Les services d'urgence à cette fin s'entendent de services qu'il faut dispenser sans délai en raison de l'affection pathologique du patient. Cela comprend les césariennes non urgentes et, à compter du 1^{er} avril 2017, les chirurgies **non**

urgentes réalisées après les heures normales, en raison du manque de place dans les salles d'opération ou de manque de ressources pendant le jour.

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après les heures normales. La prime s'applique aux services d'urgence suivants :

a. actes chirurgicaux exécutés sous anesthésie générale, médullaire ou épidurale, ainsi qu'une assistance chirurgicale et anesthésie s'y rattachant;
b. actes exécutés par blocage majeur des racines nerveuses;
c. réduction de luxations de l'épaule (code de service 502);
d. anesthésie de jour pratiquée par des non-spécialistes aux dépens des heures de bureau régulières prévues;
e. consultations;
f. admissions d'urgence à l'hôpital;
g. évaluations initiales aux unités de soins intensifs et de soins concentrés;
h. traitement initial de traumatisme;
i. admission après les heures normales;
j. cadavre - exérèse d'organe, de tissu ou d'os;
k. accouchements, y compris dans les cas où le déclenchement du travail sur recommandation médicale entraîne un accouchement après les heures normales;
l. La sédation consciente (sédation modérée ou analgésie) représente un niveau plus profond de sédation ou d'analgésie que l'anxiolyse (sédation minimale). La sédation modérée s'entend d'une diminution de l'état de conscience induite par des médicaments pendant laquelle les patients répondent intentionnellement (le réflexe de retrait d'un stimulus douloureux n'est pas considéré en tant que réponse intentionnelle) à une commande verbale, seule ou accompagnée d'une légère stimulation tactile. L'état médicalement contrôlé de la conscience réduite :

    - permet de conserver les réflexes de défense;
    - permet aux patients de maintenir des voies respiratoires libres de manière indépendante et continue.

☞Note de l'Assurance-maladie : Les demandes relatives au paiement de primes doivent indiquer l'heure à laquelle le service a été dispensé, y compris durant les fins de semaine et les jours fériés. Le montant total facturé (les honoraires et la prime) doit figurer sur la même ligne de la demande. Les services rendus sous blocage majeur des racines nerveuses doivent être indiqués dans la demande.

Voir le chapitre 4, section 2.12.1 indiquant les valeurs et autres précisions relatives à la facturation.

Visite d'urgence : Situation où les besoins du patient ou l'interprétation de l'état de santé du patient par le médecin exigent une intervention immédiate aux dépens de

ses heures normales de bureau ou de l'exercice médical ordinaire. **La nécessité d'une intervention immédiate est le critère principal à envisager.** Un traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité du médecin n'est pas considéré comme une visite d'urgence. Les visites urgentes pour des affections aiguës ou chroniques qui n'empêchent pas une pratique médicale ordinaire ne constituent pas des visites d'urgence. **Les visites d'urgence peuvent comprendre tout code de visite pour des services dispensés en situation d'urgence en cabinet, à domicile, en foyer de soins, en extra-mural ou en hospitalisation, ainsi que les appels d'urgence où l'on voit le patient à l'extérieur, par exemple dans la rue. Toutes les demandes de paiement pour visites d'urgence doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.** *[chapitre 3, section 1.2.2 d)]*

La définition de services d'urgence, dans le cadre de la facturation des primes, fait référence aux services devant être effectués sans tarder en raison de l'état de santé du patient. L'heure à laquelle le service est fourni ne constitue pas en elle-même le facteur déterminant pour la facturation des primes. Des preuves consignées doivent exister concernant la nature urgente du service fourni après les heures de travail. La prime n'est payable que lorsque les deux critères ont été remplis : un service d'urgence effectué après les heures de travail. [*chapitre 3, section « Principes sur les facturations de consultation »*]

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après les heures normales.

Une prime d'urgence après les heures de travail peut être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation à 21 h 40 pour un patient présentant une insuffisance rénale avec fonctionnement compromis de l'organe. Une consultation est effectuée à 22 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. Les deux éléments sont payables, car les critères « urgence » et « après les heures de travail » sont remplis.

Une prime d'urgence après les heures de travail ne peut pas être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation le 1er avril à 11 h concernant le manque d'appétit d'un patient. Un spécialiste effectue la consultation le 6 avril à 20 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. La consultation est facturable, mais la prime ne l'est pas (fournir un service cinq jours après la demande ne démontre pas la nature urgente de la demande). [*chapitre 3, section « Principes sur les facturations de consultation»*]

La prime s'applique aux services d'urgence suivants :

a) Actes chirurgicaux exécutés sous anesthésie générale, médullaire ou épidurale, ainsi qu'une assistance chirurgicale et anesthésie s'y rattachant;
b) actes exécutés par blocage majeur des racines nerveuses;
c) réduction de luxations de l'épaule (code de service 502);

d) anesthésie de jour pratiquée par des non-spécialistes aux dépens des heures de bureau régulières prévues;
e) consultations;
f) admissions d'urgence à l'hôpital;
g) évaluations initiales aux unités de soins intensifs et de soins concentrés;
h) traitement initial de traumatisme;
i) surveillance exclusive après les heures normales;
j) cadavre – exérèse d'organe, de tissu ou d'os;
k) accouchements, y compris dans les cas où le déclenchement du travail sur recommandation médicale entraîne un accouchement après les heures normales;
l) **Sédation consciente** :

La sédation consciente (sédation modérée ou analgésie) représente un niveau plus profond de sédation ou d'analgésie que l'anxiolyse (sédation minimale). La sédation modérée se définit comme l'altération du niveau de conscience induite par des médicaments au cours de laquelle le patient réagit délibérément (un réflexe de défense à un stimulus douloureux n'est pas considéré comme une réponse délibérée) à un ordre verbal, seul ou accompagné d'une stimulation tactile légère. Le niveau de conscience altéré contrôlé médicalement :

- permet de conserver les réflexes de défense;
- permet aux patients de maintenir des voies respiratoires libres de manière indépendante et continue.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes relatives au paiement de primes doivent indiquer l'heure à laquelle le service a été dispensé, y compris durant les fins de semaine et les jours fériés. Le montant global facturé (honoraires plus la prime) devrait figurer sur la même ligne de la demande de paiement. Les actes exécutés par blocage nerveux majeur doivent être indiqués sur la demande de paiement.***

Voir le chapitre 4, section 2.12.1 indiquant les valeurs et autres précisions relatives à la facturation.

2.12.1 Tableau de renseignements : Demandes de paiement – CS, prime-cancer et prime d'urgence

VEUILLEZ CONSULTER CE TABLEAU LORSQUE VOUS REMPLISSEZ UNE DEMANDE DE PAIEMENT POUR CES DIFFÉRENTS SERVICES

CHIFFRE CORRESPONDANT À LA CS	DESCRIPTION	MÉTHODE DE CALCUL DES HONORAIRES
1	Considération spéciale	Inscrire les honoraires demandés à titre de CS dans la case « Honoraires »
2	Prime d'urgence après les heures	Honoraires + 60 % ou 30U minimum = Total
3	CS et prime d'urgence après les heures	Honoraires pour CS + 60 % ou 30U minimum = Total
4	Prime-cancer	Honoraires + 35 % (chirurgien seulement) = Total
5	Prime-cancer et prime d'urgence après les heures	Honoraires + 35 % + 60 % = Total
6	CS et prime-cancer	Honoraires pour CS + 35 % = Total
7	CS, prime-cancer et prime d'urgence après les heures	Honoraires pour CS + 35 % + 60 % = Total
8	Prime d'urgence après les heures – de minuit à 6 h 59	Honoraires + 100 % ou 30U minimum = Total
9	CS et prime d'urgence après les heures – de minuit à 6 h 59	Honoraires pour CS + 100 % ou 30U minimum = Total

Un acte d'anesthésie: Unité de base + temps + 60 % ou le minimum de 3 unités d'anesthésie – **CS (2)**
Unité de base + temps + 100 % ou le minimum de 3 unités d'anesthésie – **CS (8)**

Lorsqu'une prime d'urgence après les heures normales est facturée (y compris les fins de semaines et les jours fériés) l'heure doit être indiquée.

Veuillez soumettre votre demande en utilisant la valeur de code de CS suivante comme suit :

Jour de la semaine
18 h – 23 h 59 = C.S. (2)
24 h – 6 h 59 = C.S. (8)

Les fins de semaines et les jours fériés
24 h – 6 h 59 fins de semaine et jours fériés = C.S. (8)
7 h – 24 h fins de semaine et jours fériés = C.S. (2)

Nota : Les demandes de paiement réclamant des honoraires à titre de considération spéciale (CS) peuvent être soumises sur demande de paiement papier avec explications ou documentation, en y inscrivant le chiffre 1, 3, 6, 7 ou 9 correspondant au service rendu. Lorsqu'il y a plusieurs services, chacune des lignes doivent comprendre la valeur numérique correspondant aux services rendus.

Les demandes de paiement comportant les (CS) doivent être soumise par voie électronique.

2.12.2 Codes de service admissibles à la prime d'urgence après les heures normales – dispensés sous sédation consciente

Les codes de service suivants donnent droit à la prime d'urgence après les heures normales lorsque ces services sont dispensés sous sédation consciente ou selon les critères indiqués dans le *Manuel du médecin*.

Code	Description du code
499	STERNO-CLAVICULAIRE
500	ARTICULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE, INOPÉRABLE
502	ÉPAULE, LUXATION
503	LUXATION DU COUDE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
505	LUXATION DU POIGNET, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
507	LUXATION DU DOIGT, DU POUCE OU DE L'ORTEIL, RÉD. ORTHO.
509	LUXATION DE LA HANCHE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
511	LUXATION DE LA ROTULE
512	LUXATION DES ARTICULATIONS TARSIENNES, RÉD. ORTHO.
687	INTUBATION DU LARYNX
699	EXAMEN AU MOYEN D'UN BRONCHOSCOPE FLEXIBLE OU BIOPSIE
814	ACTP, UN VAISSEAU, LÉSIONS ADDITIONNELLES
815	ACTP, VAISSEAU ADDITIONNEL, AJOUT
964	ŒSOPHAGOSCOPIE
965	ŒSOPHAGOSCOPIE ET ABLATION DE LA MASSE
966	RÉINJECTION DANS UNE VARICE ŒSOPHAGIENNE
967	TUBE DE BLAKEMORE
979	INJECTION DANS DES VARICES ŒSOPHAGIENNES, ŒSOPHAGOSCOPIE
1007	GASTROSCOPIE, ABLATION D'UN CORPS ÉTRANGER
1400	AVORTEMENT, INCOMPLET, Y COMPRIS D-C
1724	BIOPSIE PULM. TRANSBRONCHIQUE AU MOYEN D'UN BRONCHOSCOPE FLEXIBLE
1864	CATHÉTÉRISME CARDIAQUE GAUCHE, RÉTROGRADE
1866	CATHÉTÉRISME ET ANGIOGRAMMES CORONAIRES SÉLECTIFS, AJOUT
1870	ANGIOPLASTIE DIAGNOSTIQUE DU CŒUR GAUCHE OU DROIT, PLUS ANGIOGRAPHIE CORONAIRE EFFECTUÉE AU MOMENT DE L'ANGIOPLASTIE, LORSQUE PAYABLE, TOTAL DES HONORAIRES ADDITIONNELS
1949	LUXATION DU GENOU, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2057	COLOSCOPIE

Code	Description du code
2242	FRACTURE NASO-ORBITALE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2649	PHALANGES, DISTALES, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2652	PHALANGES, MOYENNES OU PROXIMALES, RÉD. ORTHO.
2658	OS MÉTACARPIENS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2673	RADIUS OU CUBITUS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2676	RADIUS ET CUBITUS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2681	RADIUS, TÊTE OU COL, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2684	OLÉCRANE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2687	HUMÉRUS, ÉPICONDYLE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2690	HUMÉRUS, FRACTURE SUPRACONDYLIENNE, RÉD. ORTHO.
2693	HUMÉRUS, CORPS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2696	HUMÉRUS, TUBÉROSITÉ, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2699	HUMÉRUS, COL, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2701	HUMÉRUS, COL, LUXATION, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2704	OMOPLATE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2707	CLAVICULE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2710	PHALANGES, DISTALES, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2713	PHALANGES, MOYENNES OU PROXIMALES, RÉD. ORTHO.
2717	OS MÉTATARSIENS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2721	OS TARSIENS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2724	CALCANÉUM, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2729	CHEVILLE, MALLÉOLE INTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2731	CHEVILLE, MALLÉOLE EXTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2737	PÉRONÉ, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2740	TIBIA (AVEC OU SANS) LE PÉRONÉ, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2742	ROTULE, SANS RÉDUCTION
2748	FÉMUR, FRACTURE TRANSCONDYLIENNE OU DU CORPS, RÉD. ORTHO.
2749	FÉMUR, FRACTURE TRANSCONDYLIENNE OU DU CORPS, RÉD. ORTHO.
2752	FÉMUR, FRACT. INTERTROCHANTÉRIENNE OU DU COL, RÉD. ORTHO.
2757	TRONC, PELVIS, UN OU PLUSIEURS OS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2759	TRONC, DISLOCATION DE L'ACÉTABULUM, RÉD. ORTHO.
2779	ARTICULATIONS, ORTEIL, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2781	ARTICULATIONS, CHEVILLE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2784	ARTICULATIONS, HANCHE, LUXATION CONG., RÉD. ORTHO.

Code	Description du code
	UNILAT.

Entente mutuelle requise pour ajouter de nouveaux éléments

2.13 Prime-cancer

Voir chapitre 6, section 1.

2.14 Prime chirurgicale en cas d'obésité

Prime chirurgicale, IMC supérieur à 40 - moins de 50.....	8132	100
Assistant chirurgien, IMC supérieur à 40 - moins de 50	8133	33
Chirurgie en collaboration, IMC supérieur à 40 - moins de 50 (par chirurgien Collaborateur)	8134	70
Prime chirurgicale, IMC ≥ 50	9160	200
Assistant chirurgien, IMC ≥ 50.....	9159	66
Chirurgie en collaboration, IMC ≥50 (par chirurgien Collaborateur)	9158	140

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces primes sont payable à la valeur unitaire générique de 1,01 $ pour toutes les spécialités. La prime chirurgicale en cas d'obésité est facturée, une foi par séance, en plus des actes chirurgicaux admissibles, tels qu'ils sont décris ci-dessous.***

Les critères suivant doivent être remplis :

Définition :
On définit un acte chirurgical majeur *comme un acte effectué dans la salle d'opération principale ayant une valeur de 77 unités ou plus.*

Aux fins de cette prime, la définition de la salle d'opération principale inclut la chirurgie d'un jour et le travail et l'accouchement.

Critères
Les primes versées aux médecins soignant des patients aux prises avec une obésité morbide une fois par séance pour un acte chirurgical majeur où le patient subit une chirurgie majeure au cou, à la hanche, au tronc ou au genou dans les conditions suivantes :

- Le patient a un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 pour un acte chirurgical majeur au tronc, à la hanche, genou ou au cou.
- La chirurgie est effectuée sous anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou épidurale en employant une technique chirurgicale ouverte pour le cou, la hanche et le genou, ou une technique chirurgicale ouverte ou laparoscopique pour le tronc ou une anesthésie tronculaire lorsque l'acte est effectué en salle d'opération, en chirurgie d'un jour ou en travail et en accouchement.

- **Exigences liées au dossier médical – La prestation est seulement admissible au paiement lorsque l'indice de masse corporelle est consigné dans le dossier médical permanent du patient (la documentation à l'appui pour l'intervention ou le service doit refléter le véritable IMC, par exemple le rapport de la salle d'opération).**
- **Le véritable IMC du patient doit être indiqué dans le champ de diagnostic du formulaire de réclamation de l'Assurance-maladie accompagné du diagnostic**.
- La prime est payable au chirurgien et à l'assistant chirurgien.

Non admissible :

- Quand la technique de chirurgie principale est l'aspiration, une microbiopsie ou une biopsie à l'aiguille fine, la dilatation, l'endoscopie, la médiastinoscopie, la thoracoscopie, la cautérisation, l'ablation où la cathétérisation. .
- Non payable lorsque la prime est exclue dans d'autres ententes.
- Non payable pour les actes chirurgicaux ayant une valeur de moins de 77 unités.
- La prime n'est pas payable à la radiologie.
- La prime n'est pas payable si la chirurgie est effectuée sous anesthésie locale ou sédation consciente.
- Aucune facturation n'est possible pour une intervention pratiquée uniquement sur l'épiderme ou le tissu sous-cutané.
- Ne s'adresse pas à la chirurgie bariatrique.

2.15 Honoraires de visites diverses

2.15.1 Programme extra-mural

Les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au Programme extra-mural :

Visite à domicile du Programme extra-mural		
Avec admission au programme	204	150
Chez un patient déjà admis au programme	205	124
Visite d'urgence	206	150
Visite à domicile pour prodiguer des soins palliatifs extra-muraux		
Chez un patient déjà admis au programme	847	124
Visite d'urgence	848	150
Patient additionnel, admis ou non, examiné lors d'une visite à domicile	208	24
Visite (autre que visite à domicile) avec admission au programme	209	35
Kilométrage, par km à l'extérieur d'un rayon de 5 km	207	1

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 207 si la résidence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau du médecin, aucun déplacement ne peut être facturé. Pour les patients qui vivent à l'extérieur d'un rayon de 5 km du bureau du médecin, 1 unité par km peut être facturée pour le kilométrage à l'extérieur du rayon***

de 5 km.). Veuillez soumettre votre facture indiquant le nombre total de kilomètres (aller-retour) ainsi que la destination dans le champ de diagnostic.

Si le nombre total de kilomètres dépasse 99, la facture doit être soumise avec le chiffre 99 dans le champ de décompte et le nombre réel de kilomètres indiqué dans le champ de diagnostic. Le paiement reflétera les kilomètres réels voyagés.

Communication (par copie papier, téléphone ou un autre moyen de communication électronique, p. ex. : télécopieur, courrier électronique, vidéoconférence) de la part d'un membre du personnel du Programme extra-mural exigeant une réponse du médecin.	210	15
Visite en cabinet médical par un membre du personnel du Programme extra-mural pour discuter de questions de santé :		
concernant un patient de l'Extra-mural.....	195	15
Concernant deux patients ou plus	196	21

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les facturations sous le code de service 196 sont présentées sur une demande de paiement pour patient unique en utilisant le numéro d'assurance-maladie d'un seul patient. Les noms et numéros d'assurance-maladie des autres patients faisant l'objet de discussions doivent être fournis dans la section « Remarques » de la demande de paiement. Les codes de service 195 et 196 sont payables en plus des visites le même jour ou les communications (par copie papier, téléphone ou un autre moyen de communication électronique).***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement pour visite d'urgence (voir la définition au chapitre 3, section 1.2.2d) doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.***

2.15.2 Counseling

a)	Counseling auprès d'un patient – par quart d'heure ..... Discussion avec un patient sur des questions de santé ayant traits à l'unité familiale, comme la consultation conjugale ainsi que les conseils en matière de contraception et de maladies transmissibles sexuellement.	193	21

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Ce tarif ne peut s'ajouter aux tarifs de consulation ou de visite; il ne s'applique pas non plus aux services de counseling pour un patient en ce qui concerne son propre état de santé. Le temps complet consacré au patient doit être indiqué***

b)	Counseling familial – par quart d'heure	216	21

Discussion sur la santé d'un patient avec des membres de la famille dans les cas où cette telle discussion est nécessaire à la prise d'une décision quant au traitement ou à la prise de dispositions en vue de services de soutien.

Ce code de service s'applique également lorsque le counseling 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.

Notes explicatives

a) 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 aux autres personnes concernées des entrevues répétées ou prolongées.

b) À moins d'indication contraire pour certains codes précis, les honoraires prévus pour le traitement d'un enfant comprennent les conversations avec la ou les personnes qui l'accompagnent, et ce, si l'entrevue, les recommandations, etc., avaient été données au patient seul n'eût été de son âge. Plus particulièrement, les honoraires de counseling familial ne s'appliquent pas aux parents, à moins qu'il ne s'agisse réellement de **counseling** dans les circonstances graves décrites ci-dessus.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 216 ne peut être utilisé si le membre de la famille qui obtient l'entrevue fait lui-même l'objet d'une visite ou d'une consultation. Ce code de service est facturé sous le numéro d'assurance-maladie du patient; il faut aussi indiquer sur la demande de paiement la personne qui obtient l'entrevue. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

2.15.3 Visites à domicile

Premier patient examiné (voir le code de service applicable dans la section de chaque spécialité)		
Visite d'urgence (exigeant une attention immédiate, à la demande du patient ou d'une personne agissant au nom du patient)	8	60
Patient additionnel, toute visite à domicile	5	25

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces frais sont remboursables pour les visites médicalement nécessaires effectuées à un patient à sa résidence personnelle, y compris dans les foyers de soins spéciaux. Ils ne s'appliquent pas aux patients dans les foyers de soins. Les réclamations pour les visites d'urgence (telles qu'elles sont définies en Chapitre 3, section 1.2.2 d) doivent indiquer l'heure de la journée où les services ont été dispensés.***

L'établissement 9 est admissible et doit être inscrit sur toutes les réclamations soumises pour les services dispensés dans un foyer de soins spéciaux.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour les besoins de l'Assurance-maladie, l'adresse municipale du foyer de soins spéciaux est reconnu comme étant la résidence personnelle du patient.***

2.15.4 Soins prolongés/de rétablissement

Les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients hospitalisés admis dans des unités désignées de soins prolongés :

Évaluation et soins le premier jour, sauf lorsque le médecin a soigné le patient juste avant le transfert à l'unité de soins prolongés	1745	36
Jours suivants	1746	14
Honoraires journaliers additionnels du directeur de l'unité.....	1747	8
Patients ayant reçu leur congé pour des raisons médicales.....	8117	13

☞ ***Note de l'Assurance-maladie :***

- ***Code de service 8117 n'est pas payable avec le code de service 1747***
- ***Seulement facturable pour les patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital pour des raisons médicales et qui sont en attente d'un placement dans un foyer de soins infirmiers ou un foyer de soins spéciaux.***
- ***Le diagnostic (ex. post IM, post accident vasculaire cérébral, AVC) et indiquez que le patient est en attente d'un placement dans le champ de diagnostic de la réclamation.***
- ***Les médecins rémunérés dans le cadre du modèle de salaire ou par d'autres modes de paiement doivent établir une facturation pro forma pour s'acquitter correctement de ce code.***

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé de l'hôpital du patient, et qui, 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.	8747	28

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règle d'évaluation 46.***

2.15.5 Réévaluation pour chimiothérapie

Réévaluation pour chimiothérapie	283	33

2.15.6 Traitement initial de polytraumatisme

Ce code de service exige une évaluation détaillée du patient

et les manœuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin responsable. Il comprend, au besoin : canules intraveineuses, perfusion sous pression, administration de produits thérapeutiques, cathéters urinaires, gaz sanguins, sondes nasogastriques et détersion trachéale. Ce code ***de service*** est payable en cas de traumatismes ou de blessures mettant en danger la vie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque élevé de blessure invalidante .....C 2956 120

(Voir aussi les actes propres à chaque spécialité pour le traitement des traumatismes)

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un code se rapportant au traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, sauf s'il faut transférer très tôt le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.***

2.15.7 Présence au cours d'un transfert

S'il est nécessaire qu'un médecin accompagne un patient pendant le transport à un autre établissement de soins de santé et le retour à l'établissement d'origine, par quart d'heure 2979 52

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement doivent indiquer : la durée totale du déplacement aller-retour (y compris le temps réel du déplacement), en excluant le temps d'attente et le temps requis pour les préparatifs.***

2.15.8 Honoraires de présence – Victimes d'agression sexuelle présumée

Examen et mise en œuvre des soins devant comprendre les examens nécessaires, les soins médicaux et le counseling de la victime (et des parents s'il s'agit d'un enfant) ainsi que la prise d'échantillons, les rapports et autres exigences d'ordre médico-légal à remplir et les contacts avec des tiers 1893 280

Au-delà des deux premières heures, on peut facturer selon les honoraires de surveillance exclusive.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : On doit noter sur la demande de paiement pour surveillance exclusive le temps total incluant l'heure de début et de fin consacré au patient, le code de service 1893 compris. Les honoraires de présence sont non payables quand le médecin qui fournit le service est déjà rémunéré à la vacation ou en salaire. La prime d'urgence après les heures normales ne s'applique pas à ce service.***

2.15.9 Honoraires de maintien des donneurs d'organes

Maintien d'un donneur d'organes, par ¼ d'heure

(utiliser la valeur unitaire générale de 1,01$) 8271 25

☞ ***Note de l'Assurance-maladie :***

- ***Les honoraires seront accordés uniquement aux médecins qui travaillent dans des unités de soins intensifs ouvertes.***
- ***Les honoraires ne s'appliquent pas aux médecins durant les heures pour lesquelles ils sont rémunérés à la vacation ou en salaire.***
- ***Le médecin n'est pas tenu d'être sur place, mais doit intervenir rapidement (une intervention en moins de 10 minutes et présence sur place en moins de 20 minutes).***
- ***L'acte est payable en sus (même patient).***
- ***La rémunération à l'acte est payable en sus (autre patient).***
- ***Les primes d'urgence après les heures normales ne peuvent être facturées en sus de ces honoraires.***
- ***Le médecin peut établir sa demande de paiement à partir du moment où le patient est réputé être un candidat et que le don d'organes a été confirmé.***
- ***Au début du maintien des donneurs d'organes, le code ne s'applique pas tant que le temps spécifié pour une visite appropriée ne s'est pas écoulé. L'heure de la visite doit être indiquée.***
- ***L'heure de début et l'heure de fin de la séance sont exigées.***
- ***Une deuxième demande de paiement est exigée pour les demandes de règlement soumises après un délai de 24 heures.***
- ***Il faut soumettre les demandes de paiement manuellement aux fins d'une considération indépendante.***
- ***Le code ne s'applique PAS aux donneurs vivants.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La demande de paiement doit être présentée pour considération spéciale (voir chapitre 3, section 1.2.10 pour plus de précisions).***

2.15.10 Injections

Injections intradermiques, intramusculaires
ou sous-cutanées et injections thérapeutiques
(une ou plusieurs injections par visite) .....C 2 13

Hyposensibilisation – injections incluant
surveillance (sauf injection initiale
et évaluation), par visite.....C 1894 13

2.15.11 Immunisations

Immunisation, incluant toutes les fournitures

Code de service payable avec la visite (8 unités)
Maximum de 4 (3 à 100 % + 1 à 50 %)
Référer à la liste suivant pour les codes de service (Colonne A)

Codes de service non payable avec la visite (13 unités)
Maximum d'un (1)

Référer à la liste suivant pour les codes de service (Colonne B)

Veuillez présenter une demande de paiement pour chaque vaccin administré.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes d'immunisation suivants s'appliquent seulement aux omnipraticiens et aux pédiatres, à l'exception du code de service 8648, 8649, et 8637 qui s'applique également aux services d'obstétrique et de gynécologie***.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes visant la rémunération à l'acte pour les immunisations financées par l'État doivent :***

1. ***satisfaire aux critères en matière de vaccins fournis par les Services de santé publique;***
2. ***suivre les lignes directrices de l'Assurance-maladie en matière de facturation comme il est indiqué au chapitre 1, section 1.7 (exigeant un diagnostic valable/acceptable) et au chapitre 1, section 3***
3. ***Le nom du produit d'immunisation et le numéro de lot du vaccin doit être indiqué dans le champ prévu à cet effet sur la demande.***

Colonne A ***Codes de service payable avec la visite (8 unités)***	**Colonne B** ***Codes de service non payable avec la visite (13 unités)***	**Colonne C** ***Description***	**Colonne D** ***Nom du produit***
8630	8660	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO	• QUADRACEL
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO, *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B	• PEDIACEL
8632	8662	HÉPATITE A	• HAVRIX 720 JUNIOR • HAVRIX 1440 • VAQTA PÉDIATRIQUE/ADOLESCENT • VAQTA ADULT
8633	8663	HÉPATITE A & B	• TWINRIX JUNIOR • TWINRIX
8634	8664	HÉPATITE B	• RECOMBIVAX HB PEDIATRIC • PÉDIATRIQUE • RECOMBIVAX HB ADULTE • RECOMBIVAX HB DIALYE • ENGERIX-B PEDIATRIC • ENGERIX-B ADULT
8635	8665	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B	• ACT-HIB • HIBERIX
8636	8666	VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN	• GARDASIL • GARDASIL 9

8637	8667	INFLUENZA	• AGRIFLU • FLUVIRAL • VAXIGRIP • FLUZONE QUADRIVALENT • FLULAVAL TETRA • FLUZONE
8638	8668	POLIO INACTIVÉ	• IMOVAX POLIO
8639	8669	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS	• M-M-R II • PRIORIX
8640	8670	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS, VARICELLE	• PRIORIX-TETRA • PROQUAD
8641	8671	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ MONOVALENT	• NEIS VAC-C • MENJUGATE
8642	8672	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ QUADRIVALENT	• MENVEO • NIMENRIX
8643	8673	MÉNINGOCOQUE POLYSACCHARIDIQUE	• MENOMUNE
8644	8674	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 13-VALENT	• PREVNAR 13
8645	8675	PNEUMOCOQUE-POLYSACCHARIDIQUE 23-VALENT	• PNEUMOVAX 23
8646	8676	RAGE	• IMOVAX RAGES
8647	8677	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE)	• TD ADSORBED
8648	8678	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE)	• ADACEL • BOOSTRIX
8649	8679	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE),	• ADACEL-POLIO • BOOSTRIX-POLIO

		POLIO INACTIVÉ	
8650	8680	VARICELLE	• VARILRIX • VARIVAX III
8651	8681	VAACIN À CONSTITUANTS MULTIPLES MÉNINGOCOQUE B	• BEXSERO
8652	8682	ROTAVIRUS HUMAIN VIVANT, ATTÉNUÉ, (SUSPENSION ORALE 1.5ML)	• ROTARIX (à partir du i juin 2017) • ROTA TEQ

2.15.12 Remplissage de l'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux
Conforme à la valeur unitaire générique (p. ex. : 1,01 $).. 1810 10

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux fait partie des documents requis pour réserver une intervention chirurgicale pour un patient. Le code de service 1810 est non payable le jour de l'intervention chirurgicale et doit être rempli par le chirurgien principal seulement – un par patient par épisode chirurgical, peu importe le nombre d'interventions ou de chirurgiens. L'intervention chirurgicale prévue et les diagnostics qui s'appliquent doivent être indiqués dans le champ des commentaires ou du diagnostic.***

2.15.1 Télémédecine

Un service de « télémédecine » (TM) se définit comme suit :

« Un service de santé fourni par un médecin à un patient à partir d'un emplacement de télésanté par l'entremise de la technologie vidéo, y compris la sauvegarde et la retransmission d'images. Le patient doit être sur place au site d'envoi et le médecin au site de réception au moment de la capture des images vidéo. La technologie vidéo s'entend de l'enregistrement, de la reproduction et de la diffusion d'images visuelles. Un système de sauvegarde et de retransmission se caractérise par sa capacité à capturer et à sauvegarder des données sous forme de texte, de fichier audio, d'images statiques et d'images vidéo, et à les retransmettre afin d'obtenir l'analyse et l'avis d'un médecin.

Un site désigné de télémédecine comprend des services de réception ou d'envoi, ou les deux, au sein d'un établissement régit par une RRS.

Le paiement des services de télémédecine se limite aux services fournis dans les établissements reconnus par le ministère de la Santé.

Les services de télémédecine doivent être facturés en fonction des codes et des tarifs actuels, à condition que les services puissent être fournis au moyen des

techniques décrites ci-dessus. Tous les services doivent être conformes aux règlements énoncés dans le *Manuel du médecin*.

Le code d'emplacement où le patient est présent doit être inscrit sur la demande de paiement.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Au moment d'envoyer les demandes de paiement pour la télémédecine, il faut inscrire l'emplacement « 8 » ainsi que le code d'établissement approprié. Tous les codes d'emplacement pour la télémédecine varient de 400 et 499.***

Service de garde pour aide technique, par quart d'heure 8719 20

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le Code de service 8719 est un tarif inclus qui couvre un temps d'attente de 30 minutes par patient au maximum. Aucun autre service ne peut être facturé pendant ce temps-là. Il ne s'applique que si le service de télémédecine est retardé ou interrompu pour des raisons techniques.***

Télémédecine – suivi (utiliser la valeur unitaire générique de 1,01$)..... 8119 50

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Code de service 8119 s'adresse à l'établissement 8 seulement. On doit l'utiliser au lieu du code de service pour les visites en service externe céduler, lorsqu'il s'agit d'offrir un suivi en télémédecine, comme il est décrit dans le Manuel des médecins au chapitre 4, section 2.15.13. Le code de service 8119 n'est pas facturable avec les codes de service 8717 et 8718 (même médecin, ou les codes de service 8898 ou 8899)***

Codes d'emplacement pour la télémédecine
Des codes d'emplacement ont été assignés à chaque établissement hospitalier de la province pour les services de télémédecine. Lorsqu'un service dispensé par l'entremise de la télémédecine fait l'objet d'une facturation, le code d'emplacement sur votre demande de paiement devrait indiquer l'établissement réel dans lequel le patient a reçu le service.

Code d'emplacement	Établissement
401	Dr. Everett Chalmers Regional Hospital
405	Hôpital régional de Campbellton
408	Saint Joseph Hospital - Dalhousie
409	Hôpital régional d'Edmundston
411	Restigouche Hospital Centre
412	Stan Cassidy Centre for Rehabilitation
415	Centracare
416	Grand Manan Hospital
417	Harvey Health Centre

418	Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
419	Queens North Community Health Centre ER
420	The Moncton Hospital
422	Miramichi Regional Hospital
423	Hotel-Dieu of St. Joseph
424	Tobique Valley Hospital
426	Sackville Memorial Hospital
429	Saint John Regional Hospital
431	St. Joseph's Hospital
432	Hotel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
433	Charlotte County Hospital
434	Sussex Health Centre
435	Hôpital de Tracadie
436	Carleton Memorial Hospital
438	Albert County Hospital
439	Hôpital régional Chaleur
440	Hôpital de Tracadie-Sheila
441	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ+
442	Hôpital général de Grand-Sault
443	Northern Carleton Hospital
445	Hôpital Stella-Maris-de-Kent
446	Oromocto Public Hospital
448	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont
449	Centre de santé mentale communautaire d'Edmundston TLM
450	Upper River Valley Hospital
451	Service de traitement des dépendances d'Edmundston TLM
452	CSMC de Campbellton TLM
453	Services régionaux de traitement des dépendances de Campbellton TLM
454	CSMC de Bathurst TLM
455	CSMC de Caraquet TLM
456	Centre de santé Saint- Isidore TLM
457	Hôpital et centre de santé communautaire de Lamèque TLM
458	CSMC de Richibucto TLM
459	Centre médical régional de Shediac TLM

2.15.2 Soins de santé dans les zones rurales

Clinique itinérante – 1er patient, ajout..... 8898 15 %

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code est facturable une fois par jour selon les codes de service 8720-8740 et 1927 pour le premier patient vu.***

Clinique itinérante – Consultation, 1er patient, ajout	8899	15 %

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code est facturable une fois par jour pour une consultation majeure auprès du premier patient vu seulement.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes 8898 et 8899 ne s'appliquent pas pour le même jour, pour le même ou un autre patient ou le même établissement.***

2.15.3 Allocations de déplacement

Allocations de déplacement (par intervalles de 20 minutes; utiliser la valeur unitaire générique)	8889	25

Les allocations de déplacement sont accordées aux spécialistes à l'intérieur de la province qui fournissent des services approuvés directs aux collectivités rurales du Nouveau-Brunswick situées à plus de 40 km de leur principal lieu de pratique (tels qu'ils sont décrits par la régie régionale de la santé/zone) dans des établissements gérés par la régie régionale de la santé (service de consultations externes et centres de santé communautaires).

Les médecins généralistes ayant des connaissances particulières dans un domaine pour lequel il n'y a pas de spécialiste dans la province (p. ex. : les allergies) peuvent être admissibles à un remboursement dans le cadre de ce programme si les services sont pris en charge par la régie régionale de la santé et fournis dans un établissement approuvé.

Ces allocations doivent être réparties par tranche de 25 unités par intervalle de 20 minutes. Avant, le temps et la distance de déplacement doivent être indiqués dans le champ de diagnostic. Désormais, le temps de déplacement doit être indiqué dans les champs « Heure de début » et « Heure de fin ».

Comme pour le service de garde autorisé, vous devez utiliser l'ID du patient 111111118.

2.15.4 Programmes de service de garde de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick

Service de garde autorisé (voir chapitre 4, section 2.15.17 pour les lignes directrices du programme) (payable une fois seulement par date de service par médecin par rotation de service – utiliser la valeur unitaire générique de 1,01 $)

Rotations en médecine générale (RAA et salariés).....	8989	170
Rotations des groupes de spécialité (RAA et salariés)	8990	170
Rotations dans les foyers de soins	8991	147
Rotations dans les prisons provinciales	8992	170

Deuxième appel (voir chapitre 4, section 2.15.17

pour les lignes directrices du programme) (payable une fois seulement par date de service par médecin par rotation de service – utiliser la valeur unitaire générique de 1,01 $)..... 8997 170

Allocation pour service hospitalier de nuit (utilisez la valeur générique de 1.00$)..... 8987 150

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 8987, l'heure de début et de fin est nécessaire pour cumuler un minimum de quatre heures consécutives de couverture entre minuit et 7 h. Il ne s'applique qu'à un médecin qui offre une couverture au moyen d'une rotation du service de garde autorisé. Le code de service 8987 sont uniquement payable en plus des codes de service 8997, 8989, 8990.***

Le code de service 8987 doit être facturé sous le numéro de l'Assurance-maladie 111111118.

Service de garde autorisée hors de la zone (utiliser la valeur unitaire générique de 1,01$) 8988 170

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Qu'un médecin ou un groupe de médecins sera en mesure de facturer jusqu'à deux rotations du service de garde autorisé lorsqu'il offre des services à deux zones ou plus, lorsqu'une rotation du service de garde autorisé hors de la zone reçoit déjà du financement et qu'un poste de spécialité est vacant. L'approbation de telles exceptions se fera d'un commun accord des parties. Les médecins recevront des directives de facturation dès que la rotation du service de garde autorisé hors de la zone aura été approuvée.***

☞ ***Note de l'Aassurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facturée sur une demande de paiement.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Toutes les rotations de service de garde ci-dessus doivent être autorisées par le conseil d'administration de chaque régie régionale de la santé et approuvées par le ministère de la Santé (MS) et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB).***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code pertinent pour la rotation du service de garde autorisé doit être indiqué sur chaque demande de paiement. (voir chapitre 4, section 2.15.18).***

Programme de garde à l'échelle provincial (voir chapitre 4, section 2.15.19 (payable une fois seulement par date de service par médecin par rotation de service – utiliser la valeur unitaire générique de 1,00 $)..... 8998 500

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code pertinent pour la rotation du service de garde autorisé doit être indiqué sur chaque demande de paiement. (voir chapitre 4, section 2.15.18).***

☞ ***Note de l'Assurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facturée sur une demande de paiement.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Toutes les modalités ci-dessous relatives au service de garde doivent être approuvées par le MS.***

Hôpitaux ruraux – chirurgie générale / Médecine générale – anesthésie

Chirurgie générale de garde en zones rurales…….	8975	400
Anesthesie de garde en zones rurales……	8976	400
Obstétrique de garde en zones rurales (spécialistes)……..	8977	400
Obstétrique de garde en zones rurales (pratique générale) ……	8978	400

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces codes de services doivent être facturés à la valeur unitaire générique de 1,00 $.***

☞ ***Note de l'Assurance –maladie : Ces codes de services sont payables une fois seulement par date de service. Note d'assurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facture sur une demande de paiement.***

Unités fermées de soins intensifs pour adultes / de soins coronariens
(hôpitaux sans médecin sur place)

Modèle « fermé » de dotation en médecins – unité dans laquelle une équipe de médecins intensivistes dûment accrédités sont disponibles en tout temps pour assurer la prise en charge des patients en phase critique. Seul un membre de l'équipe d'intensivistes peut faire admettre un patient, prendre en charge ses soins journaliers et lui donner son congé.

Service de garde en unité fermée de soins intensifs pour adultes	8970	400
Service de garde en unité fermée de soins coronariens pour adultes	8971	400

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces codes de services doivent être facturés à la valeur unitaire générique de 1,00 $.***

☞ ***Note de l'Assurance –maladie : Ces codes de services sont payables une fois seulement par date de service. Note d'assurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facture sur une demande de paiement.***

Unités de soins intensifs néonataux

UNSI de garde.....	8974	400

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces codes de services doivent être facturés à la valeur unitaire générique de 1,01 $.***

☞ ***Note de l'Assurance –maladie : Ces codes de services sont payables une fois seulement par date de service. Note d'assurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facture sur une demande de paiement.***

Coordonnateur provincial du contrôle de traumatologie/chef d'équipe de traumatologie

Chef provincial du contrôle de traumatologie	8972	400
Chef d'équipe de traumatologie.....	8973	400

Les codes de service seront facturés sous le numéro d'assurance-maladie 111111118, Conformément aux lignes directrices les rotations du service de garde autorisées, une seule rotation peut être facturée, indépendamment au nombre de rotations couvertes par un médecin au cours d'une même nuit.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces codes de services doivent être facturés à la valeur unitaire générique de 1,00 $.***

☞ ***Note de l'Assurance –maladie : Ces codes de services sont payables une fois seulement par date de service. Note d'assurance maladie : Un seul service ou une seule date peut être facture sur une demande de paiement.***

Salles d'urgence dans les hôpitaux non régionaux
(hôpitaux sans médecin sur place, rémunéré à la vacation pour le service 24 heures)
400 $ + rémunération à l'acte pour les nuits, les fins de semaine et les jours fériés.
Durant les heures régulières de jour, les médecins seront rémunérés au taux de salaire, de rémunération à l'acte, ou à la vacation, selon le cas.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les changements relatifs aux ententes portant sur le service de garde sont assujettis à l'approbation du ministère de la Santé et de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.***

2.15.5 Programme de service de garde autorisé et Programme de deuxième appel

1.0 Mandat

1.1 Rémunérer les spécialistes et les omnipraticiens en service de garde autorisé ou en service de deuxième appel dans les hôpitaux, les foyers de soins et les prisons provinciales du Nouveau- Brunswick.

2.0 Objectif

2.1 L'objectif premier du programme consiste à répondre aux besoins en matière d'urgence et besoins urgents du public et à veiller à rémunérer les médecins qui fournissent un service de garde autorisé un service de deuxième appel tels qu'ils sont définis.

3.0 Définitions

3.1 Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente annexe C, les termes suivants doivent avoir le sens indiqué qui décrit chacun d'eux:

3.1.1 « Hôpital non régional » s'entend de tous les hôpitaux, autres qu'un « hôpital régional »;

3.1.2 « Hôpital régional » s'entend des hôpitaux du Nouveau-Brunswick suivants : Hôpital Dr- Everett-Chalmers, Hôpital régional de Saint John, Hôpital de Moncton, Hôpital Dr Georges-L.-Dumont, Hôpital de Campbellton, Hôpital Chaleur, Hôpital d'Edmundston, Hôpital de Miramichi;

3.1.3 « Garde » s'entend de toute période, hors des heures normales de travail (du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés), pendant laquelle un médecin est disponible pour donner suite aux demandes urgentes ou imminentes à partir d'un établissement (hôpital, foyer de soins ou prison provinciale du Nouveau-Brunswick) afin d'examiner, de soigner un patient et de lui offrir des services de diagnostic ou des conseils.

3.1.3.1 Dans le cas d'un établissement de santé, les services sur demande comprennent les services offerts aux patients qui quittent l'hôpital ou aux patients indépendants qui proviennent de la collectivité par l'intermédiaire de la salle d'urgence, sont aiguillés par des médecins d'autres établissements ou sont des patients hospitalisés dont des médecins d'une autre spécialité prennent en charge les soins.

3.1.3.2 Dans le cas des foyers de soins, ces services sont offerts à tous les

pensionnaires actuels ou à ceux qui viennent d'être admis.

3.1.4 « Sur place » s'entend d'une présence sur les lieux d'un établissement.

4.0 Règlements intérieurs, règles et règlements en matière de privilège relatifs au personnel

La présente annexe ne modifie pas, ni n'annule ou rend caduc les statuts et règlements, les règles de privilège et les règlements de tout personnel médical convenus entre une régie régionale de la santé et un médecin au sujet du travail effectué dans le cadre du service de garde;

5.0 Exclusions

5.1 Le programme s'applique aux médecins qui travaillent en vertu de n'importe quelles modalités de rémunération. Les médecins qui touchent déjà une rémunération pour leur service de garde ou qui sont déjà rémunérés grâce à d'autres méthodes de rémunération approuvées par le Ministère et la Société seront exclus du remboursement pour service de garde autorisé ou pour service de deuxième appel.

5.2 Exclusions convenues entre le Ministère et la Société :

- Le service de garde des chirurgiens et des anesthésistes à Sussex;
- Les salles d'urgence dans les hôpitaux non régionaux;
- Les intensivistes qui travaillent dans des unités de soins intensifs fermées sans médecin sur place;
- Le service de garde aux hôpitaux psychiatriques Centre hospitalier Restigouche et Centracare;
- Le service de garde des obstétriciens en milieu rural de l'Hôpital de Campbellton;
- Le responsable du réseau de traumatologie provincial ainsi que les chefs de l'équipe de traumatologie à l'Hôpital régional de Saint John et à l'Hôpital de Moncton;
- Les unités de soins intensifs néonataux de Fredericton – Hôpital Dr-Everett-
  Chalmers, Saint John - Hôpital régional de Saint John et Moncton - Hôpital de Moncton;
- Autres options de rémunération;
- Toute disposition de rémunération future convenue entre les parties qui comprend la rémunération du service de garde.
- Programme hospitaliste (Hôpital régional de Saint John)

6.0 Principes

6.1 La rémunération n'est disponible que pour les périodes de garde autorisées déterminées par le Comité consultatif médical pour la zone et par le Comité régional consultatif

médical au sein de chaque régie régionale de la santé, ou par les foyers de soins individuels ou à la suite d'une demande du ministère de la Sécurité publique au nom des prisons provinciales du Nouveau- Brunswick.

6.2 Le médecin doit répondre à l'appel en moins de 10 minutes ou, le cas échéant, il doit se présenter en moins de 20 minutes, sauf si d'autres dispositions ont été définies par la RRS, par le foyer de soins ou par la prison provinciale du Nouveau-Brunswick.

6.3 Le présent programme ne comprend pas les consultations périodiques ou le travail non défini comme urgent ou imminent. Les médecins peuvent continuer à offrir ces services durant la période de service de garde, mais ils doivent être disponibles selon les modalités décrites à l'article 6.2 ci-dessus. Le présent programme ne comprend pas le service de garde de routine pour les propres patients du médecin et ceux faisant partie du même groupe de service de garde; toutefois, il s'applique aux nouvelles admissions et aux patients sans médecin. Comme toujours, le fait de fournir des services de garde comprend les soins aux patients hospitalisé.

6.3.1 La rémunération ne s'applique pas à la disponibilité pour le service de garde durant les heures normales de travail en semaine.

6.3.2 La prime pour urgence après les heures normales de travail ne s'applique pas au code de service 8989 ni à tout autre code de service pour une rémunération de disponibilité.

6.4 Toute demande pour une nouvelle rotation du service de garde doit être présentée au Comité consultatif médical et au Comité consultatif médical régional et, si elle est approuvée, doit être soumise au ministère de la Santé par écrit. Le Ministère fera parvenir toutes les demandes de nouveaux groupes de service de garde à la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Le processus d'approbation se fera dorénavant en deux temps :

1. Approbation du service de garde par le Comité consultatif médical ou le Comité consultatif médical régional
2. Approbation du financement par le Comité des affaires économiques de la Société médicale et le ministère de la Santé

Le Comité des affaires économiques de RAA de la SMNB, en collaboration avec le ministère de la Santé, sera responsable de l'approbation ou du refus d'une nouvelle rotation d'un groupe de service de garde. Chaque année, le Comité des affaires économiques fera rapport au Conseil d'administration de la Société médicale sur les demandes reçues au cours de l'année et sur les décisions relatives à leur approbation.

6.5 Le Comité des affaires économiques de RAA de la SMNB procédera à un examen périodique de tous les groupes de service de garde actifs, en collaboration avec le ministère de la Santé. Le Comité a le pouvoir de demander aux groupes de comparaître devant lui pour examen.

6.6 Le Ministère exige un préavis de deux semaines de la part de la RRS, du foyer de soins ou de la prison provinciale du Nouveau-Brunswick au sujet de tout ajout ou l'élimination du nombre de rotations. Tous les changements ne seront effectués qu'à la suite d'une consultation en bonne et due forme avec la Société. Lorsqu'une décision sera prise relativement au nombre de rotations, le Ministère avisera par écrit les parties concernées de la décision.

6.7 Indépendamment de l'article 6.6, le nombre de rotations dans les prisons provinciales du Nouveau-Brunswick ne doit pas excéder deux (2), à moins d'une entente contraire conclue entre les parties.

6.8 Le deuxième appel sera indemnisé à partir du 1er avril 2006 pour l'anesthésie, les services obstétriques et de gynécologie et la chirurgie générale dans les huit (8) hôpitaux régionaux, comme l'a prévu chaque RRS.

6.9 Les rotations du service de garde pour la médecine générale, les spécialistes et les prisons seront rémunérées au même taux. Les rotations du service de garde pour les foyers de soins seront rémunérées au taux de 148,47 $ jusqu'au 31 mars, 2020, date à laquelle le taux sera révisé.

6.10 Critère de disponibilité : Si un médecin participe en tant que membre d'un groupe offrant un service en tout temps, 365 jours par année (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), il peut alors se qualifier. Dans le cas d'un médecin membre d'un groupe qui est incapable de travailler 365 jours, voici ce qui s'applique : un médecin seul doit être disponible pour un minimum de 90 jours par année Un groupe de deux (2) médecins doit être disponible pour un minimum de 180 jours, un groupe de trois (3) médecins doit être disponible pour un minimum de 270 jours et un groupe de quatre (4) médecins ou plus doit être disponible pour 365 jours. Ce critère sera vérifié trimestriellement par les parties.

6.11 À compter du 1er avril 2014, 2 000 000 $ seront transférés du programme de service de garde des médecins salariés au budget de service de garde de RAA autorisé afin de créer un fonds unique de financement de service de garde protégé.

6.12 Pour toutes les demandes visant les services de garde, y compris par les médecins rémunérés à l'acte, les médecins salariés ou ceux qui sont payés selon d'autres modes de rémunération ou de financement (le cas échéant), la facturation doit être effectuée en fonction de la rémunération à l'acte, à moins d'une entente contraire conclue entre les parties.

6.13 Un médecin ne pourra toucher qu'une seule rémunération de disponibilité par nuit, sans égard au nombre de services couverts ou si la rémunération s'applique à une ou à plusieurs régions/ à un ou à plusieurs foyers de soins / à une ou à plusieurs prisons provinciales du Nouveau-Brunswick.

6.13.1 La seule exception à l'article 6.13 ci-haut, est qu'à partir du 1er avril 2017, un médecin ou groupe de médecins pourra facturer jusqu'à 2 rotations du service de garde lorsqu'il sera appelé à couvrir deux ou plusieurs zones, et qu'une rotation de garde est déjà financée dans l'autre zone et où une position est vacante. L'approbation de telles exceptions sera donnée à la suite d'un accord mutuel entre les parties.

6.14 Les médecins suppléants pourront toucher cette rémunération, s'ils remplacent un médecin qui répond aux critères.

6.15 Lorsqu'un médecin est appelé à examiner, à diagnostiquer et à soigner un patient, il/elle peut facturer selon le tarif approprié de rémunération à l'acte (RAA) et l'indemnisation pour urgence après les heures normales, selon le cas.

6.16 Les RRS doivent présenter certains renseignements mensuels détaillés sur demande, notamment le nom, la spécialité et la date de service du médecin. Les régions doivent tenir un registre sur les services de rotation fournis par les médecins de l'extérieur de la région.

6.17 Des fonds de financement distincts assurent une meilleure gestion du programme ainsi que sa pérennité. Voici la liste des fonds de financement :

A. Fonds de financement de médecine générale
   Y compris les services dans les hôpitaux non régionaux, de MG en toxicomanie, de MG en obstétrique ou gynécologie, de MG en matière d'agression sexuelle, de soins palliatifs, de MG en gériatrie, de postes hospitaliers, de méthadone, de néonatalogie et d'assistance dans un bloc opératoire
B. Fonds de financement de spécialité
C. Fonds de financement de foyer de soins
D. Fonds de financement des prisons

7.0 Facturation

7.1 Les codes de service suivants ont été créés pour la facturation à l'acte. La date de service inscrite sur la demande de paiement correspondra à la dateà laquelle commence la période de travail de disponibilité. Un médecin sera rémunéré par date de service. Un seul service ou une seule date peut être facture sur une demande de paiement.

Code de service 8989 Rotations en médecine générale (RAA et salariés)
Code de service 8990 Rotations des groupes de spécialité (RAA et salariés)
Code de service 8991 Rotations dans les foyers de soins
Code de service 8992 Rotations dans les prisons provinciales

7.2 On a créé le code de service 8997 pour la facturation selon le régime de rémunération à l'acte pour le deuxième appel.

7.3 À compter du 16 janvier 2016, les demandes de paiement pour le service de garde autorisé qui sont soumises après trois mois (92 jours) seront refusées.

8.0 Reliquat

8.1 Les dépenses annuelles ne dépasseront pas les fonds alloués.

8.2 Trois (3) pour cent des fonds alloués seront retenus pour financer les dépenses attribuables à l'ajout de médecins autorisés au cours de l'année. Tout reliquat à la clôture de l'exercice sera alloué rétroactivement pour ajuster les honoraires des médecins qui ont fourni des services de garde au cours de la période.

8.3 En collaboration avec le ministère de la Santé, le Comité des affaires économiques de RAA de l'AMNB déterminera chaque année si les demandes de groupes de service de garde seront financées à même un fonds de prévoyance ou par une répartition de la rémunération; si on décide de ne pas financer une demande donnée, le groupe de généralistes ou de spécialistes qui a soumis la demande devrait déterminer si un nouveau groupe de service de garde sera financé à partir du budget actuel, ce qui pourrait entraîner une baisse des taux de service de garde pour ce fonds de financement.

8.4 Le cas échéant, un financement supplémentaire du service de deuxième appel fera partie du fonds de financement original et, par conséquent, tout reliquat sera disponible aux rajustements rétroactifs, y compris la retenue de 3 %.

8.5 Si le reliquat est épuisé avant la fin de l'exercice, le dépassement de crédit sera financé par tous fonds disponibles provenant des fonds du service de deuxième appel et du service de garde interrégional avant que le reliquat de ceux-ci ne soit payé.

8.6 Le pourcentage de retenue sera examiné par les parties à la clôture de chaque exercice.

9.0 Dépassement de crédit

Si le montant réel dépensé excède le montant disponible au cours d'un exercice, le taux du prochain exercice sera alors rajusté proportionnellement.

2.15.6 Rotations du service de garde autorisé

Description	Code	Description	Code
ANESTHÉSIE	I	ONCOLOGIE MÉDICALE	BK
ANESTHÉSIE CARDIAQUE	IC	MÉDECINE NÉONATALE ET PÉRINATALE	BG
CHIRURGIE CARDIAQUE	AA	NÉPHROLOGIE	BH
CARDIOLOGIE	BC	NEUROLOGIE	J
DERMATOLOGIE	M	NEUROCHIRURGIE	O
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	H	MÉDECINE NUCLÉAIRE	CA
MÉDECINE GÉNÉRALE	T	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	C
MÉDECINE GÉNÉRALE – SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES	TA	OPHTALMOLOGIE	L
MÉDECINE GÉNÉRALE – HOSPITALISTES	TH	CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE	DB
MÉDECINE GÉNÉRALE – PRISONS	TJ	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	E
MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉTHADONE	TM	OTOLARYNGOLOGIE – CHIRURGIE TÊTE ET COU	F
MÉDECINE GÉNÉRALE – NOUVEAU-NÉS	TN	PATHOLOGIE	N
MÉDECINE GÉNÉRALE – ASSISTANTS DE SALLE D'OPÉRATION	TO	NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE	DJ
MÉDECINE GÉNÉRALE – OBSTÉTRIQUE	TC	PSYCHIATRIE PÉDIATRIQUE	KC
MÉDECINE GÉNÉRALE – SOINS PALLIATIFS	TP	PÉDIATRIE	D
MÉDECINE GÉNÉRALE – AGRESSION SEXUELLE	TS	MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION	R
GASTROENTÉROLOGIE	BE	CHIRURGIE PLASTIQUE	P
CHIRURGIE GÉNÉRALE	A	PSYCHIATRIE	K
GÉRIATRIE	BM	RADIO-ONCOLOGIE	CB
ONCOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE	CE	MÉDECINE RESPIRATOIRE	BI
PATHOLOGIE HÉMATOLOGIQUE	NC	RHUMATOLOGIE	BJ
HÉMATOLOGIE	BF	RADIOTHÉRAPIE	S
MALADIES INFECTIEUSES	BL	CHIRURGIE THORACIQUE	Q
MÉDECINE INTERNE	B	UROLOGIE	G
CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	BB	CHIRURGIE VASCULAIRE	AV
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	HI		
MICROBIOLOGIE MÉDICALE	NE		

2.15.7 Programme de garde à l'échelle provinciale

1.0 Définitions

Dans la présente annexe :

« Service de garde à l'échelle provinciale » s'entend de toute période, hors des heures normales de travail (du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés), pendant laquelle un médecin sera disponible pour donner suite aux demandes urgentes ou imminentes à partir d'un établissement afin d'examiner et de soigner un patient et de lui offrir des services de diagnostic ou des conseils.

La définition de « service de garde autorisé » est présentée dans les lignes directrices du programme de service de garde autorisé, à l'annexe C de l'Entente cadre sur la rémunération à l'acte signée le 20 octobre 2009.

2.0 Mandat

Rémunérer les responsables du service de garde à l'échelle provinciale dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick pour les spécialités des groupes désignés. Ce programme sera organisé officiellement par le groupe de spécialité pour couvrir l'ensemble de la province. Sauf indication contraire, tous les médecins dans chaque groupe de spécialité doivent participer aux services de garde à l'échelle provinciale.

3.0 Objectif

3.1 L'objectif premier du programme consiste à rémunérer les médecins en service de garde à l'échelle provinciale, y compris pour donner des conseils médicaux à des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur de leur région/zone de pratique, pour des aiguillages urgents ou imminents.

3.2 La présente entente ne modifie, n'annule ni ne rend sans objet aucun règlement intérieur, règle et règlement en matière de privilège relatif au personnel médical, conclus entre une régie régionale de la santé et un médecin, en ce qui a trait au travail effectué suivant le service de garde.

4.0 Responsabilités du médecin en service de garde

4.1 Le médecin en service de garde fournira des services de garde à l'échelle provinciale dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

4.2 Il doit ordinairement y avoir une réponse dans les 20 minutes suivant l'appel, sauf si d'autres dispositions ont été définies par le ministère de la Santé.

4.3 Le programme ne comprend pas les consultations périodiques ou le travail non défini comme urgent ou imminent. Les médecins peuvent continuer à offrir ces

services durant la période de service de garde, mais ils doivent être disponibles selon les modalités décrites à l'article 4.1.1 ci-dessus. Le programme ne comprend pas le service de garde de routine pour les propres patients du médecin et ceux faisant partie du même groupe de service de garde; toutefois, il s'applique aux nouvelles admissions et aux patients sans médecin. Comme toujours, le fait de fournir des services de garde comprend le soin aux patients hospitalisés.

4.4 Le groupe doit être disponible pour la prestation de services de garde au moins 115 jours (fins de semaine et jours fériés) par année.

4.5 Pour toutes les demandes visant les services de garde, y compris par les médecins rémunérés à l'acte, les médecins salariés ou ceux qui sont payés selon d'autres modes de rémunération ou de financement, la facturation doit être effectuée en fonction de la rémunération à l'acte.

4.6 Un médecin ne pourra toucher qu'une seule rémunération de service de garde par nuit, sans égard au nombre de services cliniques couverts.

4.7 Les médecins suppléants pourront toucher cette rémunération s'ils remplacent un médecin qui répond aux critères.

4.8 Lorsqu'un médecin est appelé à examiner, à diagnostiquer et à soigner un patient, il peut facturer selon le tarif approprié de rémunération à l'acte (RAA) et l'indemnisation pour urgence après les heures normales, selon le cas.

5.0 Principes

5.1 Les RRS devront présenter certains renseignements mensuels détaillés sur demande, notamment le nom, la spécialité et la date de service du médecin.

5.2 Des horaires de rotation mensuels doivent être établis par le groupe de service de garde et envoyés à chaque RRS, qui devra ensuite les faire parvenir à chaque directeur médical pour que celui-ci en fasse part aux hôpitaux desservis par des services de garde.

5.3 La rémunération n'est accordée qu'au service de garde à l'échelle provinciale approuvé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé.

5.4 Aucun autre paiement pour des services de garde supplémentaires ne sera accordé par une RRS.

6.0 Facturation

6.1 On a créé le code de service 8998 pour la facturation selon le régime de rémunération à l'acte. La date de service inscrite sur la demande de paiement correspondra à la date à laquelle commence la période de travail de service de garde. Un médecin sera rémunéré par date de service. Un seul service ou une seule date peut être facturé sur une demande de paiement.

6.2 La rémunération accordée pour chaque date de service sera établie à 500 $.

6.3 Un médecin ne peut facturer qu'une fois par période de 24 heures.

7.0 Reliquat

7.1 Une réserve de fonds dédiés de 600 000 $ a été mise de côté pour cette initiative.

7.2 Les dépenses annuelles ne dépasseront pas les fonds alloués.

7.3 Tout reliquat à la clôture de l'exercice sera alloué rétroactivement pour ajuster le tarif des médecins qui ont fourni des services de garde autorisés (selon l'annexe C de l'Entente cadre sur la rémunération à l'acte) au cours de la période. Le solde des fonds dédiés restera dans le fonds de financement protégé jusqu'au 31 mars 2014, moment où le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick en feront l'examen

.

CHAPITRE 5 : SPÉCIALITÉS

Section 1 : Médecine générale

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.

1.1 Consultations

(Voir les définitions au chapitre 3, section 1.2.4)

Consultation majeure ou spécifique.....	10	57
Consultation subséquente dans les 30 jours.....	12	42

1.2 Visites en cabinet

Doit inclure, s'il y a lieu : teneur en hémoglobine, analyse d'urine, injections, examen pelvien et autres services auxquels ils s'appliquent, tel qu'il est indiqué au chapitre 3, section 1.2.2.

Visite en cabinet, devant être facturée par le médecin généraliste lorsqu'il offre un service dans le contexte d'une pratique générale communautaire, laquelle est définie comme une pratique où le médecin conserve le dossier complet du patient dans lequel il inscrit le code de service 1 ainsi que les autres rencontres; offre tous les soins de contrôle nécessaires pour la rencontre; et prend la responsabilité de l'engagement de toutes les demandes de consultation connexes et de leur suivi.....	1	31

Le code de service 1 s'applique également aux visites en cabinet et aux examens complets 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.

Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément 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.	8101	8

☞ ***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 facture pour des visites ultérieures peu importe la raison de la visite.***

Frais d'ouverture de dossier (utiliser la valeur unitaire de 1,00$) 8107 50

Le paiement sera fondé sur des honoraires de 150 unités et sera rémunéré en 3 versements de 50 unités par visite, en plus des honoraires de visite pertinents.

Les paramètres du programme comprennent les choses suivantes:

- Les médecins doivent exercer la médecine familiale en milieu communautaire et établi depuis au moins un an. Si un médecin a accepté le revenu minimum garanti, aucun paiement ne sera fait en vertu du programme de frais d'ouverture de dossier tout et aussi longtemps que le médecin n'ait rencontré ses obligations liées au volume.
- Le médecin de famille doit entreprendre l'établissement d'un dossier de patient permanent, **qui comprend l'information suivante :**
  - **La prise d'une anamnèse complète du patient, dont ses antécédents familiaux. L'anamnèse complète doit être versée au dossier du patient au plus tard à la troisième visite.**
- **La confirmation que le patient est devenu un patient du médecin sous forme de déclaration signée par le médecin et le patient, accessible dans le dossier du patient.**
- **Puisque ce sera un des critères d'évaluation, les parties travailleront en collaboration pour réduire le nombre de patients qui n'ont pas de médecin de famille.**
- **Un médecin qui reprend un exercice établi ne peut facturer de FOD pour les patients existants.**
- **Les frais d'ouverture de dossier sont payés pour la prise en charge des soins complets continus d'un patient qui n'a pas de médecin de famille. Ils ne peuvent être facturés pour des patients qui sont vus exclusivement en clinique sans rendez-vous ou en clinique spécialisée (comme des cliniques de méthadone, pour le diabète ou l'asthme).**
- Les nouveaux patients sont définis comme des patients qui ont transféré de médecin et des patients n'ayant actuellement pas de médecin de famille.
- Ce programme ne s'applique pas aux nouveau-nés.
- Sur demande, le service de renseignements de l'Assurance-maladie peut faire une exception lorsqu'un médecin accepte un nouveau patient et qu'une demande de FOD a été refusée. Il faut présenter une copie de la déclaration signée par le patient qui justifie la demande d'une exception.

Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet

Pour le diagnostic et le suivi d'une dépendance aux opiacés 8116 31

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code de service <u>NE DÉSIGNE PAS</u> seulement la prescription ou le renouvellement d'ordonnances de méthadone ou ses solutions de rechange.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les patients doivent avoir reçu un diagnostic de dépendance aux opiacés et les médecins doivent se conformer aux lignes directrices pour le traitement de la dépendance aux opioïdes du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick; http://www.cpsnb.org/french/Guidelines/Letraitementdeladependanceauxopioides.htm.***

Implantation

Implants contraceptifs				
Implantation	C		9148	34
Retrait	C		9149	70
Implants dépendance aux opioïdes				
Implantation	C		9150	34
Retrait	C		9151	70

Programme de gestion des maladies chroniques

Diabète (utiliser la valeur unitaire générique de 1,01 $)			.8109	83

Le programme vise à reconnaitre le travail supplémentaire que doivent effectuer les médecins généralistes, en plus des visites régulières en cabinet, pour la prestation de soins fondés sur les lignes directrices aux patients souffrant des maladies chronique admissibles sélectionnées.

Facteurs de risque et indicateurs obligatoires

Afin de réclamer la prime de la première année pour le **diabète** de type 1 et de type 2, les indicateurs et facteurs de risque suivants doivent être examinés dans le cadre du cycle de soins annuel pour le diabète :

Indicateurs communs :

- Tension artérielle – deux fois par année
- Lipides – une fois par année
- Poids/counseling en nutrition – une fois par année
- Renoncement au tabac – une fois par année s'il s'agit d'un fumeur (indiquer s'il s'agit d'un fumeur ou d'un non-fumeur)

Plus

- Hb glycosylée – contrôlée deux fois par année
- Fonction rénale – contrôlée une fois par année
- Examen des pieds au moyen d'un monofilament ou d'un diapason de 128 Hz – effectué une fois par année
- Examen de la vue – recommandé une fois par année pour un examen de routine du fond de l'œil après dilatation de la pupille

Exigences pour recevoir la prime
Les patients doivent être vus pour une visite en lien avec leur maladie chronique un minimum de deux fois par année par un fournisseur de soins de santé autorisé, dont au moins une fois par le médecin généraliste réclamant la prime pour la GMC.

Les indicateurs de GMC n'ont pas à être examinés à toutes les visites, mais ils devraient être examinés à la fréquence obligatoire pour réclamer la prime annuelle pour la GMC.

Les médecins généralistes ou omnipraticiens admissibles recevront une prime de base tous les ans pour chaque patient diabétique qu'ils traitent dans le cadre de leur travail. La prime annuelle sera remise une fois par année après que tous les indicateurs obligatoires auront été examinés.

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO)
(utilise la valeur unitaire générique de 1,01 $) 8113 60

Indicateurs obligatoire
Pour réclamer la prime pour la BPCO :

- S'assurer que la diagnostic de la BPCO à été établi à l'aide des tests de spirométrie et que les critères suivants de la Société canadienne de thoracologie pour établir un diagnostic de BPCO (rapport VEMS/CVF < 0,7 après le bronchodilatateur) ont été respectés;
    - **A le souffle trop court pour quitter la maison ou le souffle court en s'habillant** (si oui, un score de grade 5 sur l'échelle du Conseil de recherches médicales = BPCO grave)
    - **S'arrête pour respirer après avoir marché environ 90 mètres (100 verges)** (si oui, un score de grade 4 sur l'échelle de Conseil de recherches médicales = BPCO modérée)
    - **Marche plus lentement sur une surface plane que des personnes de son âge ou s'arrête pour respirer en marchant à son propre rythme sur une surface plane** (si oui, un score de grade 3 sur l'échelle du Conseil de recherches médicales = BPCO modérée)
    - **A le souffle court en se dépêchant sur une surface plane ou en montant une légère pente** (si oui, une score de grade 2 sur l'échelle de Conseil de recherches médicales = BPCO légère)
    - **A le souffle court en faisant des exercices ardus** (si oui, un score de grade 1 sur l'échelle de Conseil de recherches médicales = BPCO très légère)

Exigences pour recevoir la prime
Les patients doivent être vus pour une consultation en lien avec leur maladie chronique **un minimum de deux fois par année** par un fournisseur de soins de santé autorisé, dont au moins une fois par le médecin de famille réclamant la prime pour la GMC.

Les indicateurs de GMC non pas à être examinés à toutes les visites, mais ils devraient être examinés à la fréquence obligatoire pour réclamer la prime annuelle pour la GMC

Les médecins généralistes ou omnipraticiens admissibles recevront une prime de base tous les ans pour chaque patient BCPO qu'ils traitent dans le cadre de leur travail. La prime annuelle sera remise une fois par année après que tous les indicateurs obligatoires auront été examinés.

Codes relatifs à la pratique en collaboration IP/MG

Conférence de cas (en personne ou par téléphone) pour examiner le plan de soins et de traitement et décider s'il y a lieu de poursuivre la prestation des soins en collaboration, par tranche de 15 minutes.		8104	22

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La conférence de cas est payable en plus des autres services nécessaires qui peuvent être dispensés au patient le même jour et devrait être facturée sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

Transfert d'un patient (en personne ou par téléphone) pour examiner le plan de soins et de traitement d'un patient lorsque le patient est transféré aux soins du médecin généraliste qui exerce en collaboration, par tranche de 15 minutes.		8105	22

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La conférence de cas est payable en plus des autres services nécessaires qui peuvent être dispensés au patient le même jour et devrait être facturée sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

Examen en vue d'un aiguillage : si c'est nécessaire à la demande d'une infirmière praticienne – examiner le plan de traitement d'un patient pour évaluer la pertinence d'orienter le patient vers un spécialiste. Le patient n'est pas nécessairement présent.		8106	31

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code est assujetti aux mêmes règles d'évaluation que le code de service 1 (Médecine générale – visite en cabinet).***

Injections

Voir chapitre 4, section 2.15.10

Clinique sans rendez-vous – visite

Visite en cabinet par un généraliste ne répondant pas à la définition d'une visite en cabinet en vertu du code de service 1 et effectuée dans un endroit désigné comme une clinique sans rendez-vous (utiliser la valeur unitaire de 1,05 $ pour clinique

sans rendez-vous)..... 3 28

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les visites effectuées dans un endroit désigné comme une clinique sans rendez-vous et répondant à la définition du code de service 1 peuvent être facturées en fonction du code de service 1. Toutefois, cela ne signifie pas que toutes les visites effectuées dans une clinique sans rendez-vous située dans un lieu communautaire répondent aux critères du code de service 1 en vertu de leur emplacement. Ces visites doivent répondre à la définition d'une visite en cabinet en vertu du code de service 1.***

Examen médical complet
Examen complet effectué par
nécessité médicale..... 7 41

L'expression « nécessité médicale » signifie qu'un examen complet est requis dans le but de permettre au médecin de déterminer et de définir la nature et/ou la cause de l'état du patient ou de ce dont il se plaint, de façon à offrir les recommandations et/ou les soins appropriés.

Pour correspondre aux exigences du code de service 7, un examen complet **doit** comprendre au moins les éléments suivants :

- La rédaction ou la mise à jour des antécédents complets du patient, y compris ses antécédents familiaux; une enquête détaillée sur le motif de consultation, ainsi qu'un bilan complet des fonctions;

- La tenue d'un examen physique pertinent des principaux systèmes, soit le système cardiovasculaire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif, le système génito-urinaire, l'appareil locomoteur, le système hémolymphatique et le système nerveux. (Du point de vue du patient, cet exercice signifie un examen de la bouche, du cou, de la poitrine [poumons et cœur], de l'abdomen et des extrémités; de plus, s'il y a lieu, l'examen peut s'étendre aux yeux, aux oreilles, au nez, aux seins, à la région pelvienne, et comprendre un examen rectal et une évaluation des réflexes.)

- La tenue d'un dossier écrit sur toutes les constatations positives et négatives pertinentes, les analyses en laboratoire, les avis et les soins.

Les médecins qui entrent en exercice dans un nouvel endroit ou qui acceptent de nouveaux patients dans une pratique déjà établie, peuvent facturer selon le code 7 lors de la première visite seulement si le motif de consultation justifie un examen complet. On ne peut facturer selon le code 7 pour une évaluation complète systématique d'un nouveau patient ou pour majorer le paiement d'une documentation initiale complète.

Le code de service 7 ne s'applique pas à un examen complet à titre d'examen périodique, ni à la demande d'un tiers, étant donné que ces services sont exclus du régime d'assurance-maladie. Les demandes d'un tiers comprennent les examens effectués aux

fins d'emploi, d'assurance, de procédure judiciaire, d'admission dans un établissement d'enseignement ou un camp, et autres demandes semblables. Les examens obligatoires à l'hôpital sont également considérés comme des demandes de tiers, à l'exception des cas particuliers où un examen complet est médicalement nécessaire.

Le code de service 7 ne peut être facturé dans les 42 jours suivant le paiement d'honoraires d'examen complet au même médecin.

Soins de soutien (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.3) 199 31

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 9142 88

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

Cannabis – visite en cabinet
Pour le traitement et le suivi (utiliser la valeur unitaire générique de 1,01 $) 9143 46

☞ ***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.***

1.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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 2173 42

Soins subséquents
Du 2e au 30e jour, par jour..... 2174 31
Après 30 jours, par jour 2176 17

☞ ***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.***

Consultation auprès d'un patient hospitalisé 8110 38

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour une situation dans laquelle un spécialiste fait appel à un médecin généraliste pour évaluer un patient concernant une maladie existante dont le médecin généraliste a connaissance. Le patient n'est pas transféré au médecin généraliste pour soigner la maladie tant que le spécialiste est le médecin traitant.***

Première visite avec le médecin traitant – hôpital 8108 30

Le médecin doit assurer les services suivants :

- Examen des dossiers de la salle d'urgence;
- Examen des dossiers médicaux antérieurs (dossiers hospitaliers et des cabinets);
- Établissement des antécédents du patient et examen physique complet;
- Examen des données initiales du laboratoire et des premières investigations;
- Établissement d'un plan de soins continus approprié;
- Interaction avec la famille;
- Coordination des spécialistes et des autres disciplines du secteur de la santé, au besoin.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Doit être effectuée dans les quatre (4) jours suivant l'admission.***

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..... 2175 34

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.

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***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 à l'hôpital
(voir la description au chapitre 4, section 2.7.4) 45 31
Soins intensifs
(voir la description au chapitre 4, section 2.9) 1819 31

1.4 Visites en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous 8720 29

1.5 Traitement initial de polytraumatisme

Ce code s'applique à l'évaluation détaillée du patient et aux manœuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin responsable. Il comprend, au besoin : canules intraveineuses, perfusion sous pression, administration de produits thérapeutiques, cathéters urinaires, gaz sanguins, sondes nasogastriques et détersion trachéale. Ce code est payable en cas de traumatismes ou de blessures mettant en cause la survie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque élevé de blessure invalidante..... C 2923 120

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un code de traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, sauf s'il faut transférer le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.***

1.6 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3 ..... 4 40

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces frais sont remboursables pour les visites médicalement nécessaires effectuées à un patient à sa résidence personnelle, y compris dans les foyers de soins spéciaux. Ils ne s'appliquent pas aux patients dans les foyers de soins. Les réclamations pour les visites d'urgence (telles qu'elles sont définies chapitre 3, section 1.2.2d) doivent indiquer l'heure de la journée où les services ont été dispensés.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour les besoins de l'Assurance-maladie, l'adresse municipale du foyer de soins spéciaux est reconnu comme étant la résidence personnelle du patient. L'établissement 9 est admissible et doit être inscrit sur toutes les réclamations soumises pour les services dispensés dans un foyer de soins spéciaux.***

1.7 Visite sur un navire

Dans le port			214	40
Au quai			386	35

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : On ne peut facturer les services ci-dessus à l'Assurance-maladie, à moins de les rattacher à des visites auprès de patients individuels.***

1.8 Examen post-mortem

Examen post-mortem				CS

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les examens post-mortem ne sont pas des services assurés.***

1.9 Soins obstétricaux

Le paiement comporte des honoraires de visite plus des honoraires d'accouchement. Voir ***chapitre 2***, règles d'évaluation 34 et 35.

Accouchement	D		14	410
Naissances multiples – par naissance additionnelle, en supplément	D		1413	205
Présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement	D		8715	330

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code désigne la prestation d'un service qui comprend notamment une présence médicale constante ou périodique auprès d'une patiente durant le travail et qui couvre tous les aspects des soins sans toutefois inclure l'accouchement si le médecin transfère la patiente à un obstétricien en raison de complications. Cela inclut l'évaluation initiale et toute évaluation ultérieure nécessaire afin d'assurer le suivi continu de l'état de la patiente. Ces droits sont non payables si le médecin généraliste transfère la patiente à un autre généraliste pour un accouchement par voie vaginale sans complication. Le même médecin ne peut pas facturer selon le code pour la présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement (code 8715) et celui pour la pratique générale de l'accouchement (code 14). Le code 8715 est payable seulement si la patiente est transférée à un obstétricien pour l'accouchement.***

Examen prénatal complet			15	50
Visites pré et/ou postnatales sans examen complet (voir aussi ***chapitre 2***, règle d'évaluation 34)			16	31
Soins prénataux et présence à une césarienne – par visite plus les honoraires d'assistance				

☞ ***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 15, sont non payables moins de 42 jours après un examen prénatal. Le code de service 7 est non payable moins de 42 jours après un examen prénatal complet.***

1.10 Soins du nouveau-né

Par enfant	17	70	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les soins prodigués à un nouveau-né à l'hôpital peuvent être facturés une fois pour les trois (3) premiers jours, incluant un examen physique complet et les directives nécessaires à la mère.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Au moment de facturer un service pour un nouveau-né qui n'a pas reçu de numéro d'assurance-maladie, utilisez le numéro d'assurance-maladie de la mère en indiquant la date de naissance, le sexe, l'identificateur pour le nouveau-né (conformément au logiciel de facturation utilisé), ainsi que le diagnostic du nouveau-né. Toutes les notes de dossiers concernant le nouveau-né doivent être conservées dans le dossier du bébé.***

Soins du prématuré

Jusqu'à trois semaines, par semaine	18	56	
Les trois semaines suivantes, par semaine	30	56	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 2,5 kilogrammes ou moins à la naissance; dans le cas de naissances multiples, les honoraires prévus s'appliquent à chaque enfant (voir chapitre 2, règle d'évaluation 37).***

Soins du bébé normal

Comportant un examen et les instructions relatives aux soins	19	31	

1.11 Psychothérapie

Par tranche de 15 minutes	20	24	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règle d'évaluation 10. Les honoraires de psychothérapie ne s'appliquent qu'au bout d'une heure après une consultation majeure ou une première admission à l'hôpital. Lorsque ces codes sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

Conférence d'étude de cas traitant de violence dans la famille avec des membres de professions paramédicales et des enseignants, dans l'intérêt du patient, par tranche de 15 minutes	211	20	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La conférence de cas est payable en plus des autres services nécessaires qui peuvent être dispensés au patient le même jour et devrait être facturée sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

1.12 Honoraires d'anesthésie

Voir la section « Spécialistes en anesthésie » au chapitre 5, section 2

Test de Denver	B	2172	35

1.13 Télémédecine

Soins généraux – 1er patient traité, premier quart d'heure		8717	40
En supplément – par quart d'heure		8718	20

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ce code s'applique pour le premier patient vu au cours d'une séance de télémédecine et est facturable une fois par jour, pour le même ou un autre patient.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le numéro de renvoi du spécialiste à distance est requis.***

Service de garde pour aide technique de télémédecine, par quart d'heure		8719	20

1.14 Aide medicale a mourir (AMAM)

AMAM, par tranches de 15 minutes (utiliser la valeur unitaire generique de 1,00 $)		8161	50

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8161 englobe l'ensemble des autres interventions, consultations, visites et seances de counseling, l'administration de medicaments, la presence aupres du patient ainsi que la communication entre les medecins relative a ce service. L'heure de debut et de fin sont obligatoires et correspondent al'heure de l'arrivee aupres du patient et l'heure du moment ou le medecin quitte le patient. Le patient doit satisfaire aux criteres d'admissibiliteal'AMAM et son dossier doit contenir la documentation exigee, soit Les formulaires dument remplis, signes et consignes.***

Kilometrage, par km a l' exterieur d'un rayon de 5 km (Si la residence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau du medecin, aucun deplacement ne peut etre facture. Pour les patients qui vivent a l' exterieur d' un rayon de 5 km du bureau du medecin, 1 unite par km		8162	1

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
peut etre facturee pour le kilometrage a l' exterieur du rayon de 5 km.)				

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8162 peut seulement être facturé si le code de service 8161 a été facturé.***

Section 2 : 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 :

a) 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.
b) 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 six (≤ 7) 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 six (> 7) 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 **général** 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.***

Valeur unitaire – Voir chapitre 3, section 1.5

2.2 Unités modificatrices

À ajouter selon le barème suivant :

Modificateur de l'anesthésie	Description	Unités
1	Nourrissons pesant moins de 5 kg (11 livres)	**5**
2	Manipulation hémodynamique préopératoire (hypotension) pour faciliter la chirurgie (25 % au-dessous de la normale)	**10**
3	Arrêt circulatoire par recours à l'hypothermie profonde	**10**
4	Recours à l'hypothermie contrôlée jusqu'à 32 °C ou moins	**15**

Modificateur de l'anesthésie	Description	Unités
5	Nourrissons pesant entre 5 et 10 kg	**1**
6	Patient de 70 à 79 ans	**1**
15	Patient âgé de 80 à 89 ans	**3**
16	Patient de plus de 90 ans	**5**
7	Anesthésie monopulmonaire	**6**
8	Intubation endotrachéale en état d'éveil lors d'un accès difficile aux voies respiratoires (non payable en plus de l'anesthésie monopulmonaire)	**6**
9	Surveillance de l'intégrité de la colonne vertébrale (y compris l'épreuve de réveil)	**6**
10	Obésité morbide incluant l'insertion épidurale lors des contractions (IMC > 40)	**6**
11	Hyperthermie maligne	**8**
12	Décubitus ventral / assise	**3**
13	Classe IV de l'American Society of Anesthesiologists (Société américaine des anesthésistes) • Les patients souffrent de maladies systémiques graves qui limitent leurs activités et menacent constamment leur vie. Les patients sont incapables de monter un étage ou de franchir un parcours plat entre deux pâtés de maisons. La détresse physique est présente même au repos. Exemples : angine de poitrine instable, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral dans les six derniers mois, tension artérielle élevée, insuffisance cardiaque congestive grave ou bronchopneumopathie chronique obstructive, épilepsie non contrôlée, diabète ou troubles de la glande thyroïde.	**5**
14	Obésité morbide incluant l'insertion épidurale lors des contractions (IMC >50)	**15**

Primes d'urgence après les heures normales – Voir chapitre 4, section 2.12

2.3 Actes spéciaux

Intervention ou manœuvre mineure nécessitant
une anesthésie .....C 832 6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Ce code couvre les situations où l'intervention n'est pas normalement pratiquée sous anesthésie, mais où celle-ci s'impose dans des cas précis. Exemples : ponction lombaire ou cathétérisme vésical chez les nourrissons ou les adultes incapables.				
Anesthésie obstétricale	C	1909		6
Anesthésie dentaire	C	1910		6
Anesthésie neuraxiale				
Pour chirurgie – unités de base de l'acte plus unités de durée				
Analgésie/anesthésie neuraxiale obstétricale pendant le travail et l'accouchement, perfusion ou recharges périodiques				
Amorçage	C	2449		8
Maintien				
Infusions épidurales continues, travail par demi-heure (maximum 22 unités), en supplément	C	1793		1
Recharges périodiques, par injection (maximum 10 unités), en supplément	C	1974		2
Accouchement, en supplément	C	1975		UD

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La méthode de maintien doit être indiquée sur la demande de paiement.***

Analgésie neuraxiale par perfusion				
Par voie lombaire, amorçage	C	2452		6
Maintien (maximum 32 unités), par tranches de 2 heures, en supplément	C	1796		1
Par voie thoracique, amorçage	C	2454		8
Maintien (maximum 32 unités), par tranches de 2 heures, en supplément	C	1797		1
Blocage du plexus brachial – amorçage	C	8323		8
Réinjection				
Visite ou consultation comprise, le jour, en supplément	C	8325		2
Visite ou consultation comprise, la nuit ou la fin de semaine, en supplément	C	8326		3
Perfusion continue (maximum 26 unités), par tranches de 2 heures	C	8324		1
Injection intermittente par voie neuraxiale d'agent narcotique par cathéter pour soulager la douleur.				
Pose d'un cathéter à demeure ou greffe plaque du sang, y compris première injection (consultation payable en sus, s'il y a lieu)	C	1770		8
Injections subséquentes, honoraires de visite ou de consultation compris				
Le jour	C	1771		2
La nuit, les fins de semaine et les jours fériés	C	1772		3

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le temps requis pour effectuer l'acte ayant le code de service 1770 ne peut être facturé avec le temps de l'anesthésie lors du calcul de l'anesthésie pour acte chirurgical. Dans le cas des injections subséquentes (codes de service 1771 et 1772), on doit indiquer à quelle heure le service a été rendu.***

Réanimation

Pendant l'anesthésie – comprise dans la durée de l'anesthésie				
Non reliée à l'anesthésie	C	219		8
Maximum				14

2.4 Consultations et visites

Évaluation de l'aptitude à subir une anesthésie	201	32	
Si l'anesthésie s'ensuit		0	
Consultation préanesthésique, dépassant l'évaluation préopératoire normale, à la demande expresse du médecin traitant			
Spécialiste	217	75	
Non-spécialiste	218	39	
Consultation majeure ou spécifique	1505	82	
Consultation subséquente	1084	67	
Visite en cabinet	1499	36	
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.

2.5 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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	2927	73	
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour	2928	31	
Après 30 jours, par jour	2929	16	

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé de l'hôpital du patient, lesquelles, au cours du séjour hospitalier, peuvent comprendre

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.		8327		34

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 à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		300		62
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		40		31

2.6 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8721		23

2.7 Soins intensifs

Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins		313		221
Taux journalier, par jour		314		39
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive, par quart d'heure		315		50
Soins de supervision		198		22
Code de transfert - Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1820		62

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au*** chapitre 4, section 2.9***.***

Présence périopératoire et de soutien
Comportant la présence d'un anesthésiste
« en disponibilité »..... 1812 6

Présence d'un anesthésiste nécessaire ou demandée par un autre médecin pour les soins de soutien ou le suivi d'états pathologiques concomitants à une intervention, mais anesthésie non administrée.

L'auto-analgésie est un moyen d'atténuer une forte douleur et remplace l'injection intramusculaire traditionnelle d'une substance narcotique. Elle permet aux patients d'exercer un contrôle sur leur douleur aiguë. Pour amorcer le processus d'auto-analgésie, il est nécessaire d'évaluer le patient, de le renseigner et de voir au démarrage du dispositif requis pour l'auto-analgésie. La prolongation de l'auto-analgésie nécessite un service de 24 heures offert au patient pratiquant l'auto-analgésie. Cela comprend des consultations par téléphone par le même médecin ou par un autre.

L'amorçage ou la prolongation du traitement d'auto-analgésie est seulement facturable une fois par jour, qu'il s'agisse du même médecin ou d'un autre. Également, le montant facturé ne peut pas s'ajouter à celui d'une consultation, d'une visite, de soins hospitaliers.

Réguliers ou de soins intensifs par le même médecin. Les services d'auto-analgésie sont payables au même médecin, à la date où l'on a procédé à une anesthésie générale si cela a été fait à un autre moment de la journée. On doit indiquer l'heure précise pour chacune des deux demandes de paiement.

Auto-analgésie – Pour le contrôle parentéral de la douleur aiguë
Amorçage..... 841 62
Maintien..... 842 12

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces codes sont utilisés tant par les anesthésistes agréés que par les anesthésistes non agréés.***

Dénervation par radiofréquence d'une facette articulaire
Colonne thoracique ou lombaire .....C 8072 74

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8072 s'applique par étage vertébral (deux facettes articulaires). Les étages vertébraux supplémentaires sont payables à 50 p. 100.***

Articulation sacro-iliaque.....C 8073 99

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le service 8073 s'applique par articulation, et la deuxième articulation est payable à 50 p. 100.***

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Facettes articulaires cervicales.....	C	8074	99	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code s'applique par étage vertébral (deux facettes articulaires). Les étages vertébraux supplémentaires sont payables à 50 p. 100.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 3 : Spécialistes en chirurgie cardiaque

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

3.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		100	130
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		101	59

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 100 et 101 sont réservés aux spécialistes en chirurgie cardiovasculaire qui dispensent des services dans une unité de chirurgie cardiaque.***

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.

3.2 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		8320	49
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		8321	26
Après 30 jours, par jour		8322	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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		8112	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 précise.***

3.3 Visite en services externe céduler

Visite è l'externe avec rendez-vous		8722	23	

3.4 Soins de supervision

Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1		8111	29	

3.5 Autres honoraires de visite

Comme pour les spécialistes en chirurgie générale (chapitre 5, section 5)

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 4 : Spécialistes en dermatologie

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

4.1 Consultations :

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		125	80
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	66

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	73
Subséquentes			
du 2e au 30e jour, par jour		2256	31
Après 30 jours, par jour		2258	16

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	34	
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	31

☞ ***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.***

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
4.6 Actes dermatologiques				
Biopsie cutanée diagnostique (réservée aux spécialistes)	A	134	34	
Carcinome de la peau				
Excision elliptique et réparation chirurgicale	C	9012	84	
Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion	C	371	CS	6
Avant la greffe cutanée (chapitre 20, section 6)	C	373-374		

☞ ***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	15	

☞ ***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.***

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 5 : Spécialistes en chirurgie générale

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

5.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		31	89
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou les complications correspondantes		33	72

5.2 Visites en cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet		26	55
Première visite comportant un examen spécifique		27	38
Visite subséquente comportant un examen complet – autorisée une fois par période de 90 jours (utiliser ce code pour la réévaluation des patients déjà traités pour une maladie maligne ou pour des maladies artérielles majeures)		28	54
Autres visites en cabinet		29	46

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.

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.

5.3 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		2381	50

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Soins subséquents				
Du 2e au 30e jour, par jour		2382	31	
Après 30 jours, par jour		2384	17	
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.		2383	34	
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 à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		327	36	
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		47	31	

☞ ***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.***

5.4	**Visite en services externe céduler**				
	Visite à l'externe avec rendez-vous		8724	23	
5.5	**Visites à domicile**				
	Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		34	40	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***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.***

5.6 Soins intensifs

Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs, comme les unités chirurgicales de soins intensifs, ou dans des unités de soins concentrés.

Évaluation initiale et instauration des soins		2833	221
Taux journalier, par jour		2834	39
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive			
Par quart d'heure		2835	50
Soins de supervision		198	22
Code de transfert – Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1823	36

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de surveillance exclusive dans des unités de soins intensifs après une chirurgie exécutée le même jour par un spécialiste en chirurgie générale peuvent faire l'objet d'une considération spéciale. Le médecin doit fournir une documentation pertinente décrivant les circonstances ayant nécessité la surveillance exclusive. Voir la description au chapitre 4, section 2.4.***

5.7 Traitement initial de polytraumatisme

Ce code s'applique à l'évaluation détaillée du patient et aux manœuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin responsable, ce qui comprend, au besoin, l'utilisation de canules intraveineuses, d'appareils de perfusion sous pression et de produits pharmaceutiques, de cathéters urinaires, d'analyseurs de gaz sanguin, de sondes nasogastriques et de tube pour toilette trachéale. Ce code est payable en cas de traumatismes ou de blessures mettant en danger la vie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque élevé de blessure invalidante	C	2416	120

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, sauf s'il faut transférer le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 6 : Spécialistes en médicine interne générale

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

6.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		8764	144
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		8765	116
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.

6.2 Visites en cabinet

Première visite comportant l'examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents		8760	81
Première visite en cabinet comportant un examen spécifique		8761	55
Visite subséquente comportant un réexamen complet		8762	53
Autres visites en cabinet		8763	52

6.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		8766	87
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		8767	31
Après 30 jours, par jour		8768	18

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

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		8769	34	
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.***

6.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous	8740	23	

6.5 Soins de supervision

Voir la description du service au **chapitre 4, section 2.7.1** ..	8770	31	

6.6 Autres honoraires de visite

Comme pour les spécialistes en médecine interne (**chapitre 5, section 7.3**)

6.7 Aide medicale a mourir (AMAM)

AMAM, par tranches de 15 minutes (utiliser la valeur unitaire generique de 1,00 $)	8161	50	

Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8161 englobe l'ensemble des autres interventions, consultations, visites et seances de counseling, l'administration de medicaments, la presence aupres du patient ainsi que la communication entre les medecins relative a ce service. L'heure de debut et de fin sont obligatoires et correspondent al'heure de l'arrivee aupres du patient et l'heure du moment ou le medecin quitte le patient. Le patient doit satisfaire aux criteres d'admissibiliteal'AMAM et son dossier doit contenir la documentation exigee, soit Les formulaires dument remplis, signes et consignes.

Kilometrage, par km a l' exterieur d'un rayon de 5 km.....	8162	1	
(Si la residence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau du medecin, aucun deplacement ne peut etre			

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
facture. Pour les patients qui vivent a l' exterieur d' un rayon de 5 km du bureau du medecin, 1 unite par km peut etre facturee pour le kilometrage a l' exterieur du rayon de 5 km.)				

Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8162 peut seulement etre facture si le code de service 8161 a ete facture.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 7 : Spécialistes en médecine interne

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

(Applicable aux sous-spécialités comme l'allergologie et la cardiologie)

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

Dans le cas d'un patient orienté

7.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		41	131
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		42	107

Radio-Oncologie radiologique thérapeutique, oncologie médicale et hématologie

Consultation (utiliser la valeur unitaire de 1,01$)		73	58

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 73 doit être facturé pour les premiers diagnostics de cancer. Il ne peut être facturé pour les visites subséquentes pour le même diagnostic. Il peut être facturé pour un nouveau diagnostic de cancer chez le même patient.***

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.

7.2 Visites en cabinet

Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents		35	79
Première visite comportant un examen spécifique		36	54
Visite subséquente comportant un réexamen complet		37	49
Autres visites en cabinet		38	48

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.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règle d'évaluation 7.***

7.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2401	87
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2402	31
Après 30 jours, par jour		2404	18

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		8144	34
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.			
Code de transfert			
Soins à l'hôpital			
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		301	62
Soins de supervision			
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		197	31

☞ ***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.***

7.4 Visites en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8725	23

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
7.5 Visites à domicile				
Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		44	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.***

7.6 Soins intensifs

Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins	220	226	
Taux journalier, par jour	221	81	
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive			
Par quart d'heure (voir la description du service au chapitre 4, section 2.4)	222	50	
Soins de supervision	198	22	
Code de transfert			
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)	1821	62	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.***

7.7 Stimulateur cardiaque permanent

Suivi de l'implantation d'un stimulateur cardiaque permanent (y compris un enregistreur implantable et un défibrillateur cardioverteur implantable)

Visite seulement – aucune programmation et aucun ajustement	8141	26	
Visite – programmation, ajustement, stimulation simple (EI)	8142	50	
Visite – programmation, ajustement, stimulation double (DCI)	8143	75	

7.8 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	

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Viabilité cardiaque		857	116	
Injection de gadolinium (contraste) incluant images additionnelles et interprétation.....		858	37	

7.9 Aide médicale à mourir (AMAM)

AMAM, par tranches de 15 minutes (utiliser la valeur unitaire générique de 1,00 $)		8161	50

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8161 englobe l'ensemble des autres interventions, consultations, visites et séances de counseling, l'administration de médicaments, la présence auprès du patient ainsi que la communication entre les médecins relative à ce service. L'heure de début et de fin sont obligatoires et correspondent à l'heure de l'arrivée auprès du patient et l'heure du moment où le médecin quitte le patient. Le patient doit satisfaire aux critères d'admissibilité à l'AMAM et son dossier doit contenir la documentation exigée, soit Les formulaires dûment remplis, signés et consignés.***

Kilométrage, par km a l' extérieur d'un rayon de 5 km.....		8162	1
(Si la résidence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau du médecin, aucun déplacement ne peut être facturé. Pour les patients qui vivent à l'extérieur d' un rayon de 5 km du bureau du médecin, 1 unité par km peut être facturé pour le kilométrage a l' extérieur du rayon de 5 km.)			

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8162 peut seulement être facturé si le code de service 8161a été facturé.***

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 8 : Spécialistes en médecine de laboratoire

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

8.1 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8739	23

8.2 Divers

Rappel à l'hôpital, le soir ou la fin de semaine.....		74	126
S'applique à toutes les spécialités de la médecine de laboratoire			

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Honoraires uniques tout compris, pour le jour même, pour le même patient (aucune autre visite ou intervention le même jour), l'heure devant être indiquée.***

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 9 :	**Spécialistes en neurologie**				

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

9.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		161	101
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		162	82
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.

9.2 Visites en cabinet

Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents		156	80
Visite subséquente comportant un réexamen complet		157	51
Visite subséquente pour réévaluation complète d'un patient déjà référé; autorisée une fois par période de 30 jours		160	65
Autres visites en cabinet		159	48

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.

9.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2501	73
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2502	31
Après 30 jours, par jour		2504	16

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		2503	34	
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.***

☞ ***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.***

Code de transfert				
Soins à l'hôpital				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....		8302	62	
Soins de supervision				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		61	31	

9.4 Visite en services externe céduler

Soins aux patients complexes en clinique de consultation externe		9141	65	

9.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3.....		164	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.***

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
9.6	**Soins intensifs**				
	Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.				
	Évaluation initiale et instauration des soins		224	221	
	Taux journalier, par jour		225	35	
	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive				
	Par quart d'heure (voir la description du service au chapitre 4, section 2.4)		226	50	
	Soins de supervision		198	22	
	Code de transfert				
	Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1827	62	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au*** chapitre 4, section 2.9**.**

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
9.7	**Actes spéciaux**				
	Électroencéphalographie – simple interprétation	B	168	25	
	Insertion d'aiguilles sous-temporales, en supplément	B	169	17	
	Avec stimulation médicamenteuse, p. ex. : métrazol, en supplément	B	170	17	
	Interprétation d'EEG de sommeil effectué à l'hôpital	B	167	65	
	Électrocorticographie – surveillance et interprétation	B	171	154	
	Électroencéphalographie en profondeur avec stimulation électrique, p. ex. : au cours d'une thalamotomie	B	172	77	
	Audiométrie avec excitation du tronc cérébral	C	2035	15	
	Études de stimulation répétées dans le temps (max. 3)	B	831	40	
	Électromyographie de l'unité motrice	B	830	160	
	Électromyographie				
	Majeure – examen de muscles dans plus d'une région	B	174	60	
	Mineure – examen d'un muscle ou d'une région spécifique	B	175	30	
	Périmétrie et campimétrie	B	184	23	
	Épreuves caloriques (études vestibulaires)	B	185	15	
	Test au Tensilon	B	183	15	

Voir aussi « Actes diagnostiques et thérapeutiques » au chapitre 21, « Actes cliniques » au chapitre 22, et « Actes de diagnostic et de traitement mineur » au chapitre 17, section 4.

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
9.8	**Injection de toxine botulinique – autre qu'à l'œil**				
	Visage – 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
Lignes directrices concernant les injections multiples pratiquées pour le même patient, au cour des mêmes sessions :

Visage : unilatéral (une injection ou plus) – 77 unités; bilatéral payé à 50 %
Autres régions : unilatéral (une injection ou plus) – 77 unités; bilatéral payé à 75 %

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Lorsque les injections bilatérales sont réalisées à une distance de deux ou trois centimètres l'une de l'autre au visage, au dos et au cou (p. ex. à gauche et à la droite du nez – muscles procerus ou les muscles paradorsaux de gauch et de droite) elles 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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 10 : Spécialistes en neurochirurgie

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

10.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		186	72
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		188	33
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.

10.2 Visites en cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet ou un examen spécifique		189	32
Autres visites en cabinet		192	18

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.

10.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2391	75
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2392	18
Après 30 jours, par jour		2394	12

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		2393	28	
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.***

☞ ***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.***

Code de transfert				
Soins à l'hôpital				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....		8303	75	
Soins de supervision				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		62	18	
Consultation majeure à l'hôpital.....		2857	78	
Blessure non ouverte à la tête, évaluation complète – examen initial et recommandation de traitement ultérieur.....	C	1512	88	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : En l'absence d'intervention chirurgicale, les honoraires journalier est payable suivant le code de service 1512.***

10.4 Visite en service externe céduler

Visite en service externe avec rendez-vous		8727	23	

10.5 Soins intensifs

Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins.....		1508	221	
Taux journalier, par jour		1513	39	
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Par quart d'heure (voir la description du service au chapitre 4, section 2.4)		1514	50	
Soins de supervision		198	22	
Code de transfert				
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1828	75	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au* chapitre 4, section 2.9.**

10.6 Étude de la conduction nerveuse

Par nerf périphérique étudié, un nerf mixte (nerf médian sensoriel et nerf moteur) étant considéré comme un seul nerf	B	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 1er 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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

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	52
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	49
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	50
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2412	31
Après 30 jours, par jour		2414	17

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	34	
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	31	

☞ ***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 céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8728	25	

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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 **(voir aussi *chapitre 2*, règle d'évaluation 34)**		60	38	
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	261	

☞ ***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 n'est pas le médecin traitant principal ou qui est présent à la demande écrite du médecin généraliste traitant ou de la sage-femme. Le code de service 8182 est facturable en sus d'une consultation initiale par le premier obstétricien-gynécologue consulté uniquement. Il ne peut pas servir pour la facturation d'un accouchement effectué par le même médecin. Le code de service 8182 peut être facturé par plus d'un obstétricien-gynécologue pour la même patiente (pas de chevauchement). Toutefois, les spécialistes doivent tous répondre aux critères de temps et de présence médicale susmentionnés. Le code de service 8182 ne s'applique pas au transfert de soins d'une patiente, d'un obstétricien-gynécologue traitant à un autre, lors d'un changement de quart de travail. Le temps total, y compris l'heure de début et de fin de la présence de chaque obstétricien-gynécologue et le numéro du médecin orienteur doivent figurer sur la demande de paiement.***

En disponibilité pendant le travail	D	8183	170	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8183 désigne une présence médicale constante pendant une période d'au moins deux heures par un obstétricien-gynécologue durant le travail et l'accouchement d'une patiente ayant eu une césarienne auparavant. Ce service exige le suivi continu de la patiente (pas nécessairement actif). Le code de service 8183 est facturable en sus d'une consultation initiale par le premier obstétricien-gynécologue consulté uniquement. Il ne peut pas servir pour la facturation d'un accouchement effectué par le même médecin. Le code de service 8183 peut être facturé par***

plus d'un obstétricien-gynécologue pour la même patiente (pas de chevauchement). Toutefois, les spécialistes doivent tous répondre aux critères de temps et de présence médicale susmentionnés. Le code de service 8183 ne s'applique pas au transfert de soins d'une patiente, d'un obstétricien-gynécologue traitant à un autre, lors d'un changement de quart de travail. Le temps total, y compris l'heure de début et de fin de la présence de chaque obstétricien-gynécologue et le numéro du médecin orienteur doivent 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 généraliste traitant ou de la sage-femme durant le travail lorsque l'accouchement est imminent chez 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, y compris un rythme cardiaque fœtal anormal tel que défini comme rcf < 110, rcf > 160 x 30 minutes, variabilité < 5 x 40 minutes ou décélérations tardives, décélérations variables > 30 seconds. Ce service exige et comprend la consultation initiale et le suivi continu de la patiente (pas nécessairement actif). Le code de service 9029 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. Le code de service 9029 ne s'applique pas à un transfert de soins d'un obstétricien-gynécologue à un autre. Le temps total, y compris l'heure de début et de fin, ainsi que le numéro du médecin orienteur doivent 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 >/= 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 ».***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 12 : Spécialistes en ophtalmologie

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

12.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)				
Consultation majeure ou spécifique		69	82	
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		71	52	
Consultation pédiatrique (≤16 ans), ajouter		8629	11	

Autre cas de patient orienté

Examen ophtalmologique complet à la demande d'un optométriste, comprenant un rapport écrit à l'optométriste avec copie, s'il y a lieu, au médecin généraliste		282	82	

12.2 Visites en cabinet

Première visite avec examen ophtalmologique complet		64	48	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La première visite comportant un examen complet dans le cas des spécialistes en ophtalmologie englobe au besoin les actes spéciaux suivants : examen du fond de l'œil, gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie, ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de l'œil à l'aide de lampe à fente à triple miroir (voir le chapitre 2, règle d'évaluation 44).***

Première visite n'exigeant pas d'examen complet		65	31	
Autres visites en cabinet sans tests ou actes spéciaux		66	30	

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.

12.3 Actes

Tonographie en acte isolé	C	228	23	
Examen du fond de l'œil: gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie en actes isolés, chacun	C	229	9	
Examen du fond de l'œil sous anesthésie générale	B	230	77	6
Ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
l'œil à l'aide de lampe à fente à triple miroir	C	232	15	
Ophtalmodynamométrie	B	280	15	
Photos du fond de l'œil, tarif technique	B	233	20	
Interprétation de rétinophotographie	B	2996	9	
Photos du fond de l'œil, tarif technique et interprétation de rétinophotographie	B	8181	28	
Ultrasonographie oculaire pour biométrie axiale ou corps étranger	B	2403	21	
Kératométrie	B	2997	12	
Test de Farnsworth	C	2998	20	
Test de Hess-Lancaster	C	2999	15	
Pachymétrie-mesure de l'épaisseur de la cornée	B	8079	7	
Tomographie par cohérence optique				
Professionnel	B	8080	11	
Technique	B	8081	17	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Code de service 8079 est facturable une fois dans la vie d'un patient***

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8080 et 8081 sont seulement facturables une fois tous les 28 jours. Une autorisation préalable est requise lorsque des tests supplémentaires sont nécessaires en moins de 28 jours.***

12.4 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2421	51
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2422	31
Après 30 jours, par jour		2424	17

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		2423	34

Les exigences ci-dessus doivent être respectées pendant le processus de congé et comprennent

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 à l'hôpital				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		330	36	
Soins en USI				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1825	36	
Soins de supervision				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		57	31	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service soins aux 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.***

12.5 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8729	23	

12.6 Visites à domicile

Voir aussi le chapitre 4, section 2.15.3		72	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.***

12.7 Examens du champ visuel

Campimétrie, examen Autoplot du champ visuel, incluant l'interprétation	C	231	15	
Périmétrie cinétique de Goldman ou équivalente, 2 courbes ou plus				
Exécution et interprétation	B	116	34	
Exécution seulement	B	117	19	
Interprétation seulement	B	118	15	

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
12.8 Examens du champ visuel assisté par ordinateur				
Périmétrie statique automatisée de seuil, complète				
Exécution et interprétation	B	105	40	
Exécution seulement	B	106	26	
Interprétation seulement	B	112	15	
Périmétrie automatisée au-dessus du seuil (dépistage central)				
Exécution et interprétation	B	113	25	
Exécution seulement	B	114	15	
Interprétation seulement	B	115	10	
12.9 Ultrasonographie oculaire				
Scintigraphie « A » quantitative normalisée	B	2023	34	
Scintigraphie « B » en temps réel	B	2027	34	
Échos « A » et « B »	B	2029	51	
Échos « A » et « B » plus immersion	B	2031	68	
12.10 Ajustement de lentilles de contact				
Ajustement thérapeutique de lentilles de contact, incluant 3 mois de soins de contrôle (coût des lentilles non compris)	D	2911	200	
Bilatéral, en supplément	D	2912	77	

L'ajustement de lentilles de contact, effectué dans le cas des affections énumérées ci-dessous, est un service assuré par l'Assurance-maladie. La pose de ces lentilles en remplacement des lunettes demeure un service non assuré.

Le type approprié de lentilles de contact peut être ajusté à la discrétion du médecin en vue de protéger l'intégrité d'une cornée saine dans des conditions pouvant la compromettre, de favoriser la guérison d'une cornée endommagée par des processus pathologiques ou des actes chirurgicaux, de rétablir la vision monoculaire ou binoculaire s'il est impossible d'y arriver par d'autres procédés et d'améliorer un champ visuel restreint en raison d'un vice de réfraction prononcé. L'amélioration de l'acuité visuelle en elle-même n'est pas comprise dans cette définition.

En cas de nécessité au plan médical, la couverture d'assurance-maladie s'applique en présence des affections suivantes : albinisme, aniridie, dystrophies de la membrane cornéenne antérieure, aphakie, astigmatisme dont la correction cylindrique dépasse 5 dioptries, kératite bulleuse, œdème cornéen chronique; abrasion, brûlure, lacérations ou ulcère de la cornée; descemétocèle, syndrome de l'œil sec, entropion, vice de réfraction prononcé (équivalent à 6 dioptries sphériques ou plus chez les moins de 16 ans et à 10 dioptries sphériques ou plus chez les adultes), kératocône, kératite neuroparalytique, nystagmus, trachome ancien, paralysie du muscle droit supérieur, pemphigus, séquelle de kératoplastie pénétrante; inconfort, lacérations ou perforations postopératoires; prévention d'un symblépharon, érosion cornéenne récurrente, syndrome de Stevens-Johnson, herpès, brûlures, trichiasis, conjonctivite printanière. Au fur et à mesure des avancées et des améliorations, d'autres affections pourront être ajoutées à cette liste.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Lentille de contact servant de bandage	D	2913	77	
Comprend les soins de contrôle. La consultation est payée séparément.				
Corps étrangers cornéens	C	235	30	
Sous anesthésie	C	236	77	6
Interprétation des mesures d'orthoptique	C	234	12	

12.11 Tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT)

Professionnelle	B	8953	11	
Technique	B	8954	17	

☞***Note de l'Assurance-maladie : À réaliser seulement chez les patients pour lesquels un glaucome a déjà été diagnostiqué; ne pas réaliser dans les cas « présumés » de glaucome ou pour exclure un diagnostic de glaucome, sauf dans les cas où la pression intraoculaire est de 22 mm Hg ou plus lors de deux examens consécutifs distincts. Deux (2) services payables par année.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 13 : Spécialistes en chirurgie orthopédique

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

13.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		81	85
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		83	69
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.

13.2 Visites en cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet		76	55
Première visite comportant un examen spécifique		77	47
Autres visites en cabinet		78	46

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.

13.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2431	51
Soins subséquents			
Du 2^{e} au 30^{e} jour, par jour		2432	31
Après 30 jours, par jour		2434	17

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..... 2433 34

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 à l'hôpital
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)..... 8304 36
Soins en USI
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.9) 1829 36
Soins de supervision
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)..... 63 31

☞***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.***

Traitement de polytraumatisme orthopédique
(voir chapitre 4, section 2.15.6) 2922 115

Évaluation complète et instauration des soins, comportant les actes diagnostiques et thérapeutiques. Ce code s'applique s'il y a fracture à deux membres ou régions, fractures ouvertes ou mixtes à un même membre ou traumatisme au rachis avec paralysie évidente ou probable. Il ne s'applique pas à la simple pose d'un ou deux plâtres ou à des réductions fermées en l'absence de complications.

Le code de service 2922 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.

Traitement de polytraumatisme .....C 2956 120
(chapitre 4, section 2.15.6)

☞***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux.***

13.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous 8730 30

13.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3 ..... 84 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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 14 : Spécialistes en oto-laryngologie

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

14.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		107	85
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		109	68
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.

14.2 Visites en cabinet

Première visite de patient transféré ou non, exigeant les antécédents complets et un examen détaillé		102	47

Le code de service 102 comprend les examens médicaux reliés à de cette spécialité et, au besoin, des actes comme le cathétérisme de la trompe d'Eustache, la laryngoscopie indirecte et la rhinopharyngoscopie, etc., mais ne comprend pas l'examen vestibulaire, l'audiométrie ou la laryngoscopie directe.

Première visite n'exigeant pas d'examen complet		103	37
Autres visites en cabinet		104	35

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.

☞*Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règle d'évaluation 42.*

14.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient, au cours des 30 jours précédents, à une consultation majeure, à un examen complet			

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
ou à une autre évaluation majeure		2441	55	
Soins subséquents				
Du 2e au 30e jour, par jour.....		2442	31	
Après 30 jours, par jour		2444	19	
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.....		2443	34	
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).....		329	36	
Soins en USI				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.9).....		1824	36	
Soins de supervision				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		52	31	

☞***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.***

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
14.4 Visite en services externe céduler				
Visite à l'externe avec rendez-vous		8731	23	
14.5 Visites à domicile				
Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		110	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.***

14.6 Injection intralymphatique de médicament				
Unilatérale	B	8951	33	6

☞***Note de l'Assurance-maladie : Même si ce service est décrit comme un acte de la liste B, veuillez remarquer que des honoraires de visite ne sont payables que pour le service initial. Les injections subséquentes correspondent à 33 unités sont facturées comme seul motif de la visite (aucun code de visite ou de consultation). Après 30 jours, une visite initiale ou une consultation peut être facturée en sus, pour le même patient, seulement si l'affection réapparaît ou si une nouvelle affection se développe et nécessite une injection intralymphatique de médicament. Une visite initiale ou une consultation ne peut pas être facturée s'il s'agit de la continuation du traitement pour le même épisode.***

14.7 Examens spéciaux

a) Honoraires combinés d'audiométrie – Ces honoraires s'appliquent seulement aux examens spéciaux exécutés dans les locaux du médecin et/ou en utilisant son matériel. Ils comprennent la composante technique de l'acte, les services du médecin au cours de l'examen et l'interprétation des résultats des tests.

Audiométrie tonale, conduction aérienne et osseuse	C	2022	15	
Audiométrie vocale	C	2024	15	
Audiométrie par impédance	C	2338	15	
Tests audiométriques spéciaux ou poussés : localisation de lésion, réflexe de galvanisation cutanée, test de Stenger, etc.	C	2028	15	
Audiométrie du champ sonore (évaluation du seuil de perception acoustique chez les enfants d'au moins 3 ans)	C	2032	30	
Évaluation d'appareil acoustique ou pose d'un masque d'acouphène	C	2034	42	

b) Honoraires professionnels d'audiométrie – C 2030 6

Ces honoraires s'appliquent aux services d'audiométrie que le médecin dispense ailleurs que dans ses locaux. Ils comprennent l'interprétation des résultats des tests.

On ne peut facturer d'honoraires professionnels quand des honoraires combinés sont payables.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règles d'évaluation 40 et 41. Les codes d'examens spéciaux sont réservés aux spécialistes en oto-laryngologie.***

c) Autres examens

Audiométrie avec excitation du tronc cérébral	C	2035	15	
Études vestibulaires	C	111	15	
Tympanométrie	C	1800	15	

14.8 Électronystagmographie (ENG)

Électronystagmographie	C	2036	30	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2036 est réservé aux spécialistes en oto-laryngologie, en ophtalmologie et en neurologie.***

14.9 Études de conduction nerveuse

Étude du nerf laryngé récurren (max2)	B	9144	20	

14.10 Amygdalectomie et adénoïdectomie

Amygdalectomie	D	240	138	6
Adénoïdectomie	C	242	76	6
Contrôle d'hémorragie post-amygdalectomie	D	8140	200	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 240, 242 et 8140 sont réservés aux spécialistes en oto-laryngologie.***

14.11 Injection de toxine botulinique

Visage – 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

Lignes directrices concernant les injections multiples pratiquées pour le même patient, au cour des mêmes sessions :

Visage : unilatéral (une injection ou plus) – 77 unités; bilatéral payé à 50 %
Autres régions : unilatéral (une injection ou plus) – 77 unités; bilatéral payé à 75 %

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Lorsque les injections bilatérales sont réalisées à une distance de deux ou trois centimètres l'une de l'autre au visage, au dos et au cou (p. ex. à gauche et à la droite du nez – muscles procerus ou les muscles paradorsaux de gauche et de droite) elles 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.***

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 15 : Spécialistes en pédiatrie

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

15.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)			
Consultation majeure ou spécifique		93	163
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		94	130

15.2 Visites en cabinet

Première visite comportant un examen complet		85	71
Première visite comportant un examen spécifique		86	57
Visite subséquente exigeant un examen complet – autorisée une fois par période de 30 jours (code à n'utiliser que pour le traitement d'enfants souffrant de troubles de santé majeurs chroniques). Un diagnostic pathologique spécifique doit être donné.		90	103
Soins d'un bébé normal comportant un examen et des instructions relatives aux soins de santé		89	54
Autres visites en cabinet		87	51

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.

15.3 Injections

Voir chapitre 4, sections 2.15.10 et 2.15.11

15.4 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2451	157
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2453	31
Après 30 jours, par jour		2455	19

Date du congé

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		8214		34
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 à l'hôpital				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....		8305		87
Soins de supervision				
(voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		68		31

☞***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.***

Présence requise à l'accouchement.....A		2171		95

☞***Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable seulement lorsque le pédiatre est présent à la demande expresse du médecin traitant en raison de complications potentielles (p. ex. : détresse respiratoire du nouveau-né), et n'est payé qu'une fois en cas de naissances multiple.***

Soins au nouveau-né pendant les 3 premiers jours y compris des conseils aux parents		92		67

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de visite ne s'appliquent pas aux soins du nouveau-né demandés par le médecin accoucheur, sauf quand une visite est demandée pour des raisons médicales avec documents à l'appui.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Au moment de facturer un service pour un nouveau-né qui n'a pas reçu de numéro d'assurance-maladie, utilisez le numéro d'assurance-maladie de la mère en indiquant la date de naissance, le sexe, l'identificateur pour le nouveau-né (conformément au logiciel de facturation utilisé), ainsi que le diagnostic du nouveau-né. Toutes les notes de dossiers concernant le nouveau-né doivent être conservées dans le dossier du bébé.***

15.5 Soins du prématuré

Première visite comportant un examen complet		243	56
Par la suite, jusqu'à 3 semaines, par semaine		244	56
Les 3 semaines suivantes, par semaine		245	31
Après 6 semaines, par visite (sans dépasser 2 visites par semaine)		246	16
Soins de soutien, par visite		2860	16

15.6 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8732	103

15.7 Visite à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		96	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.***

15.8 Soins intensifs

Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs en pédiatrie ou dans des unités de soins concentrés.

Évaluation initiale et instauration des soins		247	230
Taux journalier, par jour		248	45
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive			
Par quart d'heure (voir la description du service au chapitre 4, section 2.4)		237	50
Soins de supervision		198	22
Code de transfert			
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1830	87

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.***

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
15.9	**Actes spéciaux**				
	Test de Denver	B	2172	35	
	Évaluation du développement neurologique dans les troubles d'apprentissage	C	91	230	

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

Exsanguino-transfusion				
Première	A	249	192	
Subséquente	A	250	100	

☞***Note de l'Assurance-maladie : L'examen pour adoption n'est pas un service assuré.***

Interprétation d'EEG de sommeil à l'hôpital	B	8211	65	
Échoencéphalographie, interprétation seulement	B	8212	25	
Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation, la mixique et la diffusion	B	8213	45	
Psychothérapie, par tranche de 15 minutes		2228	21	
Counseling familial, par tranche de 15 minutes		239	51	

Discussion sur la santé d'un enfant avec un ou plusieurs membres de la famille. Ce service ne s'applique qu'au counseling pour affections graves mettant la vie en péril, des problèmes de santé chroniques majeurs, des problèmes graves de comportement ou des difficultés d'apprentissage scolaire.

Entretien thérapeutique, par tranche de 15 minutes		194	44	

Conférence d'étude de cas dans l'intérêt du patient avec des membres de professions paramédicales, des enseignants et des membres du clergé, mais n'incluant pas le personnel hospitalier.

☞***Note de l'Assurance-maladie : On doit noter sur la demande de paiement pour le code de service 194 la profession de la personne qui obtient l'entrevue dans le champ de la réclamation destiné au diagnostic.***

Évaluation d'un enfant maltraité, 16 ans et moins		8216	280	

L'intervention du médecin comprend les examens nécessaires, le prélèvement d'échantillons, la rédaction de rapports et de formulaires et l'accomplissement d'autres formalités médico-légales, ainsi que la liaison avec d'autres personnes.

☞***Note de l'Assurance-maladie : Au-delà des deux premières heures, on peut facturer selon les honoraires de surveillance exclusive. On doit noter sur la demande de paiement pour surveillance exclusive le temps total incluant l'heure de début et de fin consacré au patient en fonction du code de service 8216. Les honoraires de visite et d'examen sont non***

payables quand le médecin effectuant le service est déjà rémunéré à la vacation ou en salaire. La prime d'urgence après les heures ne s'applique pas à ce service.

Colposcopie pédiatrique, 16 ans et moins.....B 8215 50
Investigation par examen colposcopique, y compris les biopsies, le curettage et le prélèvement d'échantillons à des fins médico-légales.

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 194 et 239 sont payables en plus d'autres services nécessaires qui peuvent être fournis au même patient, le même jour et doivent être facturés sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 16 : Spécialistes en physiatrie 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	115
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication en découlant		287	94
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	69
Autres visites en cabinet		290	54

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	73
Visites subséquentes			
du 2e au 30e jour, par jour		2492	31
après 30 jours, par jour		2494	19

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
présentation d'un bref résumé du congé dans les 30 jours		2493	34	

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	31

☞ ***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	40

Voir aussi chapitre 3, section 1.2.2

16.5 Visites à domicile

Voir aussi le chapitre 4, Section 2.15.3		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

a) 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.

b) 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 spécifique	B	303	30	
Électromyographie d'une fibre unique	B	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 nerf	B	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	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 1er doigt, à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf palmaire ulnaire du 4e 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.***

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	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le blocage d`un nerf somatique majeur lors d'une intervention chirurgical ne sera remboursé au chirurgien au taux approprié qu'en l'absence de facture pour des services d'anasthésie. L'anasthésie locale du site opératoire (incluant les nerfs digitaux) et les injections de médicaments à l'intérieur et autour du site opératoire ne peuvent être facturés en plus des honoraires pour l`intervention chirurgicale.***

Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin ou injection intramusculaire ciblée	B	1948	15	
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	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Bloc épidural				
Cervical	B	1765	100	
Thoracique	B	1766	80	
Lombaire	B	1767	46	
Caudal	B	263	38	
Épidurale avec stéroïdes, ajouter		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 2e 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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 17 : Spécialistes en chirurgie plastique

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.

17.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		305	71
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		306	56
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.

17.2 Visites en cabinet

Première visite, selon la complexité du cas et le temps nécessaire		307	54
Première visite comportant un examen spécifique		203	41
Autres visites en cabinet		308	45

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.

17.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2461	46
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2462	31
Après 30 jours, par jour		2464	16

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		2463	34	
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 à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		8306	36	
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1831	36	
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		80	31	

☞***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.***

17.4 Visite en services céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8734	29	

17.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		311	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.***

17.6 Chirurgie restauratrice majeure complexe/Considération spéciale (CS)

a. Les chirurgiens doivent facturer selon le code de service actuel pour l'intervention et peuvent demander une considération spéciale (CS) en fonction de la durée opératoire réelle dans des cas exceptionnels.

b. S'il n'existe aucun code de service pour l'intervention, le médecin peut demander une CS (code de service 888) pour le paiement d'interventions chirurgicales majeures complexes en fonction de la durée opératoire réelle.

c. Le tarif horaire maximal est de 200 unités et comprend toute prime qui serait autrement payable. Ce tarif s'applique autant à la chirurgie en solo qu'à des chirurgiens collaborateurs.

d. Pour les chirurgies en collaboration de plus de 4 heures, le plein tarif (100 %) peut être approuvé pour les deux chirurgiens. Pour les chirurgies en collaboration de moins de 4 heures, chaque chirurgien collaborateur recevra 70 % du tarif horaire.

e. Cette rémunération particulière se limite à des actes complexes de restauration tels qu'après la résection extensive d'un cancer de la tête et du cou ou chez les grands traumatisés, ou suivant des résections importantes au niveau du tronc ou des extrémités.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 18 : Spécialistes en psychiatrie

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

18.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		321	214
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		322	99
Consultation d'enfants, ajouter		9146	32
Ce code de service est facturable avec une consultation majeure sans égard à la raison de consultation dans le cas d'un enfant (≤16 ans).			
Consultation de personnes âgées, ajouter		9145	32
Ce code de service est facturable avec une consultation majeure sans égard à la raison de consultation chez une personne âgée de 65 ans ou plus.			

18.2 Visites en cabinet

Première visite comportant un examen complet et incluant au besoin une évaluation psychiatrique et la rédaction d'un certificat		324	113
Autres visites en cabinet		325	42

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.

Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet

Pour le diagnostic et le suivi d'une dépendance aux opiacés		8116	31

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

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les patients doivent avoir reçu un diagnostic de dépendance aux opiacés et les médecins doivent se conformer aux lignes directrices pour le traitement de la dépendance aux opioïdes du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick; http://www.cpsnb.org/french/Guidelines/Letraitementdeladependanceauxopioides.htm.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Il est à noter que les médecins titulaires des permis requis doivent facturer le code de service 8116 lorsque l'unique but de la consultation est le traitement d'une dépendance. Veuillez vous référer au chapitre 3, section1.1 pour les principes de facturation. Cela s'applique également aux médecins qui sont tenus de soumettre la facturation pro forma. Une photocopie de votre permis autorisant l'ordonnance de la méthadone ou de la solution de rechange doit être remise au registraire des praticiens à l'Assurance-maladie – Admissibilité et réclamations.***

18.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2471	113
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2472	31
Après 30 jours, par jour		2474	18

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		2473	34

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 à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4)		8301	80
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)		1826	80

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		59	31	

☞***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.***

18.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8735	23	

18.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		328	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.***

18.6 Autres actes

Électrochocs	A	333	70	6
Psychothérapie, par quart d'heure		332	45	
Soins psychiatriques : évaluation et traitement (autrement que par psychothérapie) d'un patient par un psychiatre en vue de modifier le fonctionnement bio-psycho-social du patient, par quart d'heure		331	45	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Dans le cas d'une consultation majeure ou spécifique ou de soins le jour de l'admission à l'hôpital, les codes de service 331 et 332 ne s'appliquent pas à la première heure. Lorsque ces codes de service sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée (voir chapitre 2, règle d'évaluation 10). La psychanalyse n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.***

Soins psychiatriques ou psychothérapie de groupe – 2 personnes ou plus, par quart d'heure		341	45	
Soins psychiatriques ou psychothérapie familiale – 2 membres ou plus de la famille recevant des soins au cours d'une même séance, par quart d'heure		2837	45	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires exacts à payer pour les soins psychiatriques et la psychothérapie de groupe et familiale sont calculés en fonction du temps réel incluant l'heure de début et de fin consacrée aux patients par le médecin. Les honoraires globaux doivent être facturés sous un seul code de service et être répartis (en parts égales si***

possible) entre les numéros d'assurance-maladie des patients en question. La durée totale de la séance et le nombre de patients incluant l'heure de début et de fin doivent être notés sur chaque demande de paiement.

Entrevue à des fins diagnostiques ou thérapeutiques avec des organismes paramédicaux, employeurs, enseignants, membres du clergé (ne s'applique pas aux entrevues avec des personnes qui travaillent dans les hôpitaux ou les cliniques où le psychiatre exerce); entrevues similaires avec des membres de la famille, séance d'orientation infantile en présence des parents; conférence d'évaluation avec les parents, par quart d'heure	340		53

☞***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 340 ne peut être utilisé avec les codes de service 341 ou 2837 pour une même personne. Les demandes de paiement relatives au code de service 340 doivent être présentées sous le numéro d'assurance-maladie du patient et non sous celui des personnes qui obtiennent l'entrevue. Celles-ci, ainsi que la totalité du temps incluant l'heure de début et de fin, doivent figurer sur la demande de paiement. Lorsque ces codes de service sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 19 : Spécialistes en pneumologie

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

19.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		8310	135
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		8311	105
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.

19.2 Visites en cabinet

Première visite comportant l'examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents		8242	73
Première visite en cabinet comportant un examen spécifique		8243	50
Visite subséquente comportant un réexamen complet		8244	51
Autres visites en cabinet		8245	46

19.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		8312	82
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		8313	31
Après 30 jours, par jour		8314	17

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		8246	34	
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.***

19.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8736	29	

19.5 Soins de supervision

Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1		8241	31	

19.6 Autres honoraires de visite

Comme pour les spécialistes en médecine interne (chapitre 5, section 7.3)

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 20 : Spécialistes en rhumatologie

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

20.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		8315	129
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		8316	94
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.

20.2 Visites en cabinet

Première visite comportant l'examen complet et des explorations diagnostiques qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents		8344	91
Première visite en cabinet comportant un examen spécifique		8345	81
Visite subséquente comportant un réexamen complet		8346	81
Autres visites en cabinet		8347	78

20.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		8317	83
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		8318	31
Après 30 jours, par jour		8319	18

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		8343		34
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.***

20.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous		8737		23

20.5 Soins de supervision

Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1		8342		31

20.6 Autres honoraires de visite

Comme pour les spécialistes en médecine interne (chapitre 5, section 7.3)

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 21 : Spécialistes en urologie

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

21.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique		343	71
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle		345	57
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.

21.2 Visites en cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, ce qui comprend les antécédents complets et un examen médical complet		346	48
Première visite comportant un simple examen spécifique		347	47
Autres visites en cabinet		349	38

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.

21.3 Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'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		2481	48
Soins subséquents			
Du 2e au 30e jour, par jour		2482	31
Après 30 jours, par jour		2484	16

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		2483	34	
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 à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....		8307	36	
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9).....		1832	36	
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		97	31	

☞***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 25.***

21.4 Visite en services externe céduler

Visite à l'externe avec rendez-vous.....		8738	24	

21.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3.....		351	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.***

Traitement de traumatisme de l'appareil génito-urinaire – évaluation complète et instauration des soins, incluant				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
les actes diagnostiques et thérapeutiques. Ce code de service s'applique s'il y a traumatisme causant des blessures sérieuses telles que des lacérations ou ruptures aux reins, aux uretères, à la vessie ou à l'urètre	C	2864	80	

☞***Note de l'Assurance-maladie : La cystoscopie et les actes chirurgicaux sont payables en suppléments.***

Traitement intracorporel d'impuissance, injection d'essai et surveillance (payable une seule fois) Instructions et posologie pour les pastilles intra-urétrales contre l'impuissance	B	350	38	6
Stimulation de l'érection par solution saline	B	536	6	6

21.6 Stimulation du nerf sacré

Traitement initial	C	8605	30	
Maintien	C	8606	30	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables à raison d'une fois par semaine pour un maximum de douze semaines et par la suite une fois par mois aux fins de maintien au besoin.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 22 : Spécialistes en médecine foetale

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 Générale.

Dans le cas d'un patient orienté

22.1 Consultations

(Voir les définitions au préambule général)			
Consultation majeure ou spécifique		8360	67
Consultation subséquente - dans les 30 jours pour la même maladie ou une complication qui en découle		8361	36

22.2 Visite en cabinet

Première visite comportant un examen en complet		8363	48
Examen spécifique		8364	38
Autres visites en cabinet		8365	38

Le code de service pour les autres visites en cabinet s`applique 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.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code d`emplacement doit être indiqué lorsque le cabinet se situe à la* même l`établissement.**

22.3 Échographie

Profil biophysique exécuté et interprété par le médecin	B	1896	46
Médecine présent sans exécuter l'acte (interprétations seulement)	B	1897	23
Échographie < 16 semaines	B	8366	48
Pour chaque foetus supplémentaire (gestation multiple), en supplément		8367	36
Évaluation de la clarté nucale/dépistage au premier trimestre	B	8368	63
Pour chaque fœtus additionnel (gestation multiple), en supplément		8369	47
Échographie > 16 semaines	B	8370	49
Pour chaque fœtus additionnel (gestation multiple), en supplément		8371	37
Échographie génétique	B	8372	108
Pour chaque foetus additionnel (gestation multiple),			

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
en supplément		8373	81	
Transvaginale	B	8374	69	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8374 – Échographie transvaginale, ne s'applique qu'aux indications suivantes*** **(grossesse multiple, antécédents de procédure d'excision cervicale, antécédents de naissance prématurée/de rupture prématurée des membranes, signes ou symptômes de travail prématuré, soupçon de col utérin court à l'examen physique, soupçon de placenta prævia/vasa prævia, neurosonogramme fœtal, antécédents d'insuffisance cervicale, hémorragie ante partum, évaluation de la clarté nucale si le fœtus se présente verticalement de façon persistante, améliorer la résolution des structures fœtales selon la présentation du fœtus).**

Échographie Doppler de l'artère ombilicale	B	8375	36	
Pour chaque foetus additionnel (gestation multiple), en supplément		8376	27	
Doppler de l'artère cérébrale moyenne/du canal veineux	B	8377	48	
Pour chaque foetus additionnel (gestation multiple), en supplément		8378	36	
Échocariographie fœtale	B	8379	140	
Pour chaque foetus additionnel (gestation multiple), en supplément		8380	105	
Échographie peropératoire	B	8381	85	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8381 n'est applicable que pour la mise en place d'un cerclage, la dilatation et curetage en raison de complications, une césarienne d'urgence et l'accouchement de jumeaux.***

22.4 Actes

Amniocentèse	B	1414	50	
Réduction du liquide amniotique (thérapeutique)	B	8382	134	
Cordocentèse	B	8383	179	
Ponction/aspiration à l'aiguille échoguidée de la cavité fœtale	B	8384	179	
Prélèvement des villosités choriales	B	8385	90	
Insertion d'un shunt fœtal – par la vessie ou la région dorsale, dans la cavité amniotique	B	8386	269	
Transfusion fœtale/perfusion de médicaments	B	1412	359	
Cerclage (béance du col-réparation chirurgicale)				
Incluant le cerclage prophylactique	D	1477	154	6
Pour un col utérin ouvert de 2 cm ou plus	D	8387	185	6
Version céphalique externe	C	8704	100	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'utilisation de l'échoguidage durant un acte médical est comprise dans le tarif (tarif global).***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

Section 23 : 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.

Pour les tarifs approprié des visites et consultations, voir chapitre 5, section 7

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 cardioverteur 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

Chapitre 5 : Spécialités	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Surveillance à distance				
Enregistreur en boucle	C	8439	26	
Cardiostimulateur	C	8440	50	
DCI	C	8441	75	

CHAPITRE 6 : ACTES CHIRURGICAUX

Section 1 : Préambule

En règle générale :

1. Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur un seul organe ou une seule structure fonctionnelle, on ne peut facturer que selon le tarif de l'acte principal, sauf indication contraire.

2. a) Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur différents organes ou structures de la même région du corps, à moins d'indication contraire dans le cahier, les actes secondaires qui sont pratiqués pour un état pathologique existant ainsi que les actes de stérilisation, sont payables à 50 % des honoraires prévus pour ces actes.

   b) La chirurgie par incision unique implique d'ordinaire qu'elle porte sur une « même région » aux fins des présentes.

   c) L'ablation de l'appendice, la libération d'adhérences et la destruction ou l'exérèse de petits kystes ovariens sont non payables en supplément.

3. a) Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur différentes régions du corps, les actes secondaires sont payables à 75 % des honoraires prévus pour ces actes.

   b) De même, sauf indication contraire, les interventions bilatérales identiques sont payables en majorant de 75 % le tarif prévu pour l'intervention unilatérale.

   c) L'accomplissement d'actes par des incisions différentes implique en général que ceux-ci portent sur des « régions différentes », mais ne constitue pas l'unique critère pour l'application de la présente règle. Ainsi, les exemples suivants portent sur une même région et sont payables à 50 %.

      1. La main ou le pied, comprenant le dos et la paume ou la plante, mais non les doigts ou orteils ni les articulations métacarpophalangiennes.
      2. La face selon la définition donnée au chapitre 7, section 1.2 (2e note). (Les actes bilatéraux portant sur les paupières et les sourcils sont également payables à 50 %.)
      3. Le genou et les structures immédiatement contiguës.
      4. Le scrotum ou le périnée et la région anale.

4. Lorsque des actes majeurs de chirurgie comportant un tarif prévu de 350 unités ou plus sont accomplis pour un cancer (sauf un cancer in situ), le tarif du chirurgien ou du chirurgien collaborateur est majoré de 35 %.

   La prime- cancer est non payable :
   - à l'assistant en chirurgie;

- pour des actes secondaires non liés au traitement du cancer;
- pour des actes de reconstruction.

5. Il y aurait lieu de consulter au préalable l'Assurance-maladie pour déterminer l'admissibilité d'un service envisagé chaque fois qu'il existe un doute raisonnable au sujet de l'admissibilité aux prestations. Une formule de demande a été préparée à cette fin.

   L'utilisation de la nouvelle formule simplifiée est volontaire mais recommandée. Nous vous suggérons de taper ou d'écrire lisiblement en lettres moulées l'information afin d'assurer un traitement efficace.

6. Blessures iatrogéniques. Voir chapitre 3, section 1.2.12

7. Prime chirurgicale en cas d'obésité – voir chapitre 4, section 2.14.

8. Chirurgie restauratrice majeure complexe/Considération spéciale (CS)

   a. Les chirurgiens doivent facturer selon le code de service actuel pour l'intervention et peuvent demander une considération spéciale (CS) en fonction de la durée opératoire réelle dans des cas exceptionnels.

   b. S'il n'existe aucun code de service pour l'intervention, le médecin peut demander une CS (code de service 888) pour le paiement d'interventions chirurgicales majeures complexes en fonction de la durée opératoire réelle.

   c. Le tarif horaire maximal est de 200 unités et comprend toute prime qui serait autrement payable. Ce tarif s'applique autant à la chirurgie en solo qu'à des chirurgiens collaborateurs.

   d. Pour les chirurgies en collaboration de plus de 4 heures, le plein tarif (100 %) peut être approuvé pour les deux chirurgiens. Pour les chirurgies en collaboration de moins de 4 heures, chaque chirurgien collaborateur recevra 70 % du tarif horaire.

   e. Cette rémunération particulière se limite à des actes complexes de restauration tels qu'après la résection extensive d'un cancer de la tête et du cou ou chez les grands traumatisés, ou suivant des résections importantes au niveau du tronc ou des extrémités.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 7: SYSTÈME TÉGUMENTAIRE

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

Section 1 : Peau et tissu sous-cutané

1.1 Incision

Abcès				
Sous-cutané – furoncle, anthrax, kyste infecté, adénite superficielle, tourniole, panaris, etc.				
Anesthésie locale	C	355	20	
Anesthésie générale	C	356	31	6
Périanal ou pilonidal – anesthésie locale	C	357	20	
Anesthésie générale – soins complets	D	358	92	6
Ischio-rectal – incision simple, anesthésie locale	C	359	20	
Ouverture – soins complets	D	360	113	6
Hématome – anesthésie locale	C	362	20	
Anesthésie générale – selon les dimensions et autres facteurs de complication	C	363	31	6
Frein de la langue, libération				
Nourrisson			HV	
Enfant				
Anesthésie locale	B	365	20	
Anesthésie générale	B	366	31	6
Exérèse de corps étranger ou fibrome				
Anesthésie locale	B	367	20	
Anesthésie générale	B	368	46	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Dans les cas ci-dessus, les soins pré et postopératoires sont payés au tarif de visite, sauf indication contraire.***

1.2 Lésions cutanées

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Depuis le 15 septembre 1994, l'exérèse de lésions cutanées n'est plus un service assuré, sauf lorsque l'on soupçonne un cancer ou notamment dans les cas spécifiques suivants :***

a) Services admissibles à l'Assurance-maladie

1. L'exérèse de lésions reconnues comme comportant un risque important susceptible d'entraîner des lésions malignes. Par exemple, des neurofibromatoses (maladie de Recklinghausen) et des kératoses chez les patients soumis à des dialyses d'entretien, de même que des kératoses séniles.
2. L'exérèse de lésions cutanées bénignes, qui, en raison de leur emplacement ou de leur taille, provoquent des saignements fréquents répétitifs ou des infections répétitives ne pouvant faire l'objet d'un traitement non chirurgical.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

b) Services non admissibles à l'Assurance-maladie

1. L'exérèse de lésions cutanées bénignes ne comportant aucun risque de se transformer en légions malignes ou de causer des problèmes fonctionnels (p. ex. verrues communes, acrochordons, papillomes, kystes sébacés, kératose séborrhéique).
2. L'irritation chronique en elle-même ne constitue pas habituellement un exemple de nécessité médicale aux fins de l'Assurance-maladie. On peut présenter des demandes d'approbation préalable à l'Assurance-maladie dans les cas particuliers ou inhabituels.

Papillomes, nævi, taches, kystes sébacés et autres lésions ou tumeurs bénignes de la peau ou du tissu sous-cutané.

Exérèse par procédés non chirurgicaux tels que électrocautérisation, curetage, cryothérapie (tarif total)	C	2089	20	6
Biopsie par excision ou excision totale (max. 3 par jour)	C	369	31	6
Biopsie diagnostique à l'emporte-pièce	A	837	27	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les actes médicaux comportant des points de suture pour fermer un défaut incluent le suivi nécessaire pour enlever les points de suture.***

Lipome				
Simple	C	378	52	6
Compliqué	D	379	CS	6
Lésions cancéreuses de la peau				
Excision et réparation	C	370	54	6
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 comportant le code de service 379 ou 371 doivent préciser : lésion, dimensions, siège, etc.***

Excision de kyste dermoïde, face	D	1756	115	6
Verrue plantaire – simple, sous-cutanée, soins complets	C	384	38	6
Névrome – simple, sous-cutané	C	380	38	6
Névrome de Morton – excision	D	2811	77	6
Sinus pilonidal – excision simple et/ou marsupialisation	D	372	154	6
Ongle de doigt ou d'orteil – ablation simple			HV	
Résection de portion d'ongle, chair				

Chapitre 7 : Système tégumentaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
sous-jacente ou matrice	C	376	38	6
Ablation d'ongle incluant destruction de matrice unguéale et raccourcissement de phalange	C	377	77	6
Introduction				
Implantation de comprimés d'hormones	C	385	38	

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les actes médicaux comportant des points de suture pour fermer un défaut incluent le suivi nécessaire pour enlever les points de suture.***

Suture				
Face				
5 premiers cm	D	2227	46	6
Plus de 5 cm mais moins de 10 cm	D	2487	72	6
Suture compliquée	D	387	CS	6

☞***Note de l'Assurance-maladie : La face, aux fins des présentes consiste en la région située au-dessus de l'angle mandibulaire, en avant des oreilles et jusqu'au cuir chevelu (non compris).***

Autres régions				
5 premiers cm	D	99	23	6
Plus de 5 cm mais moins de 10 cm	D	2488	38	6
Suture compliquée	D	387	CS	6

☞***Note de l'Assurance-maladie : En règle générale, les demandes de paiement comportant le code de service 387 pour des lacérations de plus de 10 cm sont évaluées comme suit : dans les cas de lacérations faciales, 72 unités pour les 10 premiers centimètres, plus 5 unités par centimètre supplémentaire; pour les autres régions, 38 unités pour les 10 premiers centimètres, plus 3 unités par centimètre supplémentaire.***

Dans les cas des lacérations à la face et à d'autres régions, les lacérations faciales sont d'abord évaluées de la façon indiquée ci-dessus, les autres régions étant évaluées en ajoutant 3 unités par cm de leur longueur totale. Les demandes de paiement comportant le code de service 387 ne sont pas acquittées à moins que des mesures exactes soient indiquées pour <u>chaque</u> endroit.

☞***Note de l'Assurance-maladie : La réparation de lacérations comprend les visites de suivi pour enlever les points de suture.***

Révision				
Excision ou révision de cicatrices (à des fins non esthétiques)	D	2489	CS	6
Destruction				
Dermabrasion – siège unique, p. ex. : cicatrice				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
traumatique	C	390	95	6

Voir aussi les actes de chirurgie plastique, chapitre 20, section 10.

1.3 Tendons, gaines tendineuses, aponévroses

Voir chapitre 8, section 6.

1.4 Opérations du sein

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Incision				
Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes – incluant les soins pré et postopératoires	D	404	62	6
Incision subséquente	D	405	62	6
Aspiration de kyste du sein	A	1900	15	
Excision				
Biopsie, lésion du sein, incluant la biopsie par aspiration à l'aiguille fine	B	2450	35	6
Exérèse simple de masse, biopsie par excision ou mastectomie partielle	B	407	112	6
Avec évidement de ganglions axillaires	D	2924	438	6
Mastectomie				
Simple ou sous-cutanée	D	408	185	6
Radicale ou radicale modifiée, avec dissection des ganglions axillaires	D	409	438	6
Mastectomie, mâle – simple	D	410	92	6

☞***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 408 est payable pour un patient de sexe masculin uniquement s'il est âgé de moins de 18 ans ou pour un diagnostic ou une pathologie lié à des tumeurs. Autrement, on doit facturer selon le code de service 410 pour tout autre service médicalement nécessaire.***

☞***Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 843 et 844 ne sont pas payable, en supplement avec le code de service 409.***

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les révisions chirurgicales d'interventions exécutées à des fins esthétiques (non-assurées) ne sont pas des services assuré***

- ***Si une patiente a subi une mammoplastie d'augmentation à la suite de laquelle s'est développée une contracture des seins ou une rupture d'implant, ni le retrait des prothèses mammaires, ni l'implantation de nouvelles prothèses ne pourront être facturés a l'Assurance-maladie***
- ***La correction d'une asymétrie mammaire ou du complexe mamelon-aréole après une opération de chirurgie esthétique ne peut être facturée à l'Assurance-maladie***

Mastectomie : Voir le préambule des actes de chirurgie plastique, chapitre 20, section1.

Réparation : Voir les actes de chirurgie plastique, chapitre 20, section 17.

CHAPITRE 8 : SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE

Voir la légende au 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 d'un 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 (code de service 2922) 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 inférieur. « 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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Fermeture secondaire	D	2601	CS	6
Vertèbres				
Incision et drainage	D	2602	115	6
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie	D	2603	231	6
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	6
Humérus	D	528	421	6
Glénoïde ou omoplate	D	8168	475	6
Clavicule	D	2609	298	6
Péroné	D	8169	198	6
Tibia +/- péroné				
Enfant	D	2612	269	6
Adulte	D	2637	511	6
Fémur	D	2613	528	8
Hanche (pertrochantérienne)	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 (moins de 16 ans)	D	8179	623	8
Périacétabulaire - 3 os – Ganz	D	8180	1284	8
Calcanéus	D	8792	383	6
Talus	D	8793	291	6
Médiotarsienne	D	8794	303	6

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

Réparation et reconstruction (ostéoplastie)				
Ostéogenèse 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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Épiphysiodèse ou verrouillage - tibia ou fémur	D	582	306	6
Tibia et fémur	D	583	430	6
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	6
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	315	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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Synostose radio-cubitale	D	8200	277	6
Cubitus				
Partie distale	D	534	198	6
Olécrane	D	2622	199	6
Humérus, tête	D	2623	308	6
Clavicule - excision partielle ou totale	D	2830	201	6
Acromion	D	526	219	6
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
Calcanéum	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 arthrodèse, 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	6
Avec appareil Halo (inclut les réglages)	D	2946	375	6
Réinsertion de dispositifs de traction ou de fixation squelettique crânienne	D	2947	96	6
Stimulateur osseux interne, y compris				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
l'application d'électrodes	D	1972	231	6
(n'inclut pas le stimulateur externe si conjointement 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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Clous intramédullaires	D	1839	460	6
Humérus, tubérosité simple				

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
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	6
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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
Calcanéus				
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 fixation interne de la malléole postérieure	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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 supracondylaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou	D	8277	670	11
Clou fémoral supracondylaire 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 monocondylaire	D	8279	628	8
Fémur distal bicondylaire	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,				

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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			HV	
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,				

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
avec tamponnement antral, suspension, etc.	D	2238	462	12
Fractures d'os malaire – sans réduction			HV	
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 nasale				
Aucune réduction			HV	
Réduction fermée	D	420	77	6
Réduction ouverte	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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Deuxième reconstruction de l'articulation acromio-claviculaire avec prothèse de				

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
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 calcanéo-cuboïdienne				
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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***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	B	8450	218	6
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
Stabilisation arthroscopique de la luxation acromio-claviculaire	D	8452	515	6
Utilisation de l'augmentation allogreffe ou autogreffe pour un cas chronique, supplément		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 ancres 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 ancres 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 ostéochondrale	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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
Méniscectomie 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'aileron 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		1780	77	UD
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				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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,				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 1er 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 ostéochondrale, greffe osseuse et/ou allogreffe cartilagineuse de la lésion ostéochondrale, 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			

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
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 1er stade pour infection avec Prostalac ou espaceur	D	8789	982	11

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Révision de 1er 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, aponévroses, ligaments

Incision

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 angle 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

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Biceps, extrémité inférieure	D	8751	347	6
Triceps	D	8752	347	6
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	6
Plus dégagement métatarsien médial ou capsulotomie postérieure	D	595	400	6
Plus dégagement métatarsien médial et				

Chapitre 8 : Système Musculosquelettique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 8 : Muscles				
Incision				
Section du scalène antérieur	D	605	231	6
Avec résection de côte cervicale	D	606	308	6
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 botulinique – autre qu'à l'œil				
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.***

Chapitre 8 : Appareil locomoteur	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
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.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***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,				

Chapitre 8 : Appareil locomoteur	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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				
Discectomie 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 (code de service 8851) 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

Chapitre 8 : Appareil locomoteur	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
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		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.***

Chapitre 8 : Appareil locomoteur	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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				

Chapitre 8 : Appareil locomoteur	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation craniosquelettique	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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 9: APPAREIL RESPIRATOIRE

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

Section 1 : Nez

Incision				
Drainage d'abcès nasal, soins complets	D	642	59	
Drainage d'abcès de la cloison nasale, soins complets	D	643	98	6
Excision				
Biopsie de tissu mou	B	644	54	6
Biopsie osseuse	B	645	31	
Excision de polypes des fosses nasales – un côté	B	647	77	6
Excision de fibrome rhinopharyngé	D	649	385	6
Excision de lésions intranasales par rhinotomie latérale	D	1773	375	7
Excision de tumeur du rhinopharynx (Wilson, par voie transpalatine)	D	2037	308	6
Rhinophyma, complète, incluant greffes cutanées au besoin	D	650	154	6
Septemctomie incluant septoplastie	D	652	192	6
Septoplastie avec correction de difformité nasale	D	8877	385	6
Réduction de cornet, un ou deux côtés, comportant cautérisation, cryochirurgie ou turbinectomie	B	654	45	6
Rhinoplastie, traitement complet, y compris septectomie et greffes au besoin	D	660	462	8

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Rhinoplastie : voir le préambule des actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

Endoscopie				
Rhinoscopie avec extraction de corps étranger du nez	B	658	15	
Sous anesthésie générale	B	659	31	6
Rhinopharyngoscopie	C	2853	36	
Neurectomie du nerf vidien				
Un côté	D	661	115	6
Deux côtés	D	662	231	6
Insertion de bouton septal	D	700	115	6
Manipulation				
Contrôle d'hémorragie nasale				
Par cautérisation de la cloison nasale	B	666	15	6
Par tamponnement nasal antérieur	A	667	15	6
Par tamponnement nasal postérieur				

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Anesthésie locale	D	668	77	
Anesthésie générale	D	670	115	6
Par cautérisation (électrique) de la cloison nasale	B	669	31	6
Cathétérisme de la trompe d'Eustache pour infiltration de l'oreille moyenne	A	1922	29	
Section 2 : Nez – sinus accessoires				
Endoscopie				
Sinuscopie diagnostique				
Unilatérale	B	1786	92	6
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne	B	1788	123	6
Bilatérale	B	1787	138	6
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne	B	1789	185	6
Incision				
Ponction antrale unilatérale	A	672	15	6
Sinusotomie maxillaire, antrotomie simple				
Un côté	D	673	92	6
Les deux côtés	D	674	154	6
Sinusotomie maxillaire, antrotomie simple	D	675	231	6
Sinusotomie sphénoïdale	D	676	115	6
Sinusotomie frontale, trépanation externe				
Simple	D	677	115	6
Radicale	D	678	385	6
Sinusotomie fronto-ethmoïdo-sphénoïdale par voie externe	D	679	385	6
Excision				
Ethmoïdectomie				
Unilatérale	D	656	154	6
Avec sinuscopie +/- construction d'ostium maxillaire	D	1790	231	6
Bilatérale	D	657	231	6
Avec sinoscopie +/- construction d'ostium maxillaire	D	1791	347	6
Ethmoïdectomie radicale – par voie externe	D	1777	300	6
Trans-sinusale, y compris Caldwell-Luc	D	1778	300	6
Section 3 : Larynx				
Excision				
Laryngectomie				
Sans curage ganglionnaire cervical	D	680	550	10
Avec curage ganglionnaire cervical				

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Unilatéral	D	681	804	14
Bilatéral	D	682	950	14
Epiglottectomie	D	683	192	10
Laryngofissure	D	684	308	6
Thyrotomie (quille intralaryngée)	D	685	231	6
Introduction				
Intubation du larynx (acte isolé)	C	687	23	
Endoscopie				
Laryngoscopie directe				
Sans biopsie	B	688	62	6
Avec biopsie	B	689	62	6
Laryngoscopie				
Avec extraction de corps étranger	D	690	115	6
Avec exérèse d'excroissance bénigne	D	691	154	6
Avec injection dans une corde vocale	D	692	154	6
Microlaryngoscopie, s'ajoutant au tarif de laryngoscopie	C	1728	36	UD
Réparation				
Laryngoplastie : chirurgie plastique du larynx	D	693	CS	7
Aryténoïdopexie (de King ou de Kelly)	D	694	308	6
Laryngocèle				
Externe	D	695	308	6
Interne	D	696	231	6
Section 4 : Trachée et bronches				
Introduction				
Aspiration trachéale chez le nourrisson (acte isolé)	A	704	15	
Endoscopie (voir aussi *chapitre 2*, règles d'évaluation 32 et 33)				
Bronchoscopie rigide +/- biopsie	B	698	92	6
Thérapeutique, avec succion	B	2587	92	6
Bronchoscopie rigide				
Thérapeutique, avec extraction de corps étranger	D	701	154	6
Dilatation de sténose	D	2588	154	6
Subséquente	D	2589	115	6
Bronchoscopie souple +/- biopsie	B	699	108	6
Thérapeutique, incluant succion	B	2591	92	6
Bronchoscopie diagnostique souple – biopsie par brossage de tous les segments	B	2590	293	6
Biopsie pulmonaire transbronchique par bronchoscope souple	B	1724	150	6
Bronchoscopie avec résection palliative endobronchique				

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
de tumeur y compris par laser ou par cryothérapie, en supplément	B	731	54	UD
Incision				
Trachéostomie	D	697	250	6
Changement de tube de trachéostomie			HV	
Création de fistule trachéo-oesophagienne	D	702	154	6
Insertion de prothèse vocale	B	703	20	6
Excision				
Résection segmentaire de la trachée cervicale	D	2485	600	24
Résection de la trachée médiastinale par sternotomie ou thoracotomie	D	2486	700	24
Réparation				
Traumatisme de la trachée				
Trachéorraphie				
Cervicale	D	706	150	6
Intrathoracique	D	2490	308	13
Fermeture de trachéostomie ou de fistule trachéale	D	707	115	6
Fermeture de fistule trachéo-oesophagienne	D	708	593	13
Trachéoplastie : chirurgie plastique de la trachée	D	705	CS	13
Section 5 : Paroi thoracique et médiastin				
Endoscopie				
Thoracoscopie +/- biopsie	B	735	92	6
Médiastinoscopie	B	713	185	6
Médiastinopleuroscopie	B	2509	254	6
Incision				
Médiastinotomie avec drainage	D	709	308	12
Excision				
Tumeur de la paroi thoracique touchant les côtes ou le cartilage	D	711	385	12
Avec reconstruction prothétique de la paroi thoracique	D	2507	539	12
Tumeur du médiastin	D	712	700	12
Médiastinotomie antérieure	D	2508	254	6
Réparation				
Reconstruction de thorax en entonnoir	D	710	625	12
Fermeture du sternum	D	820	154	10
Collapsothérapie, thoracoplastie				
En une étape	D	714	308	10
En plusieurs étapes, chacune…	D	715	185	10
Opération de Schede	D	716	370	6
Pneumolyse				
Intrapleurale	D	717	139	6

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Extrapleurale	D	718	231	6
Apicolyse				
Intrafasciale ou extrafasciale	D	719	231	6
Extrapleurale	D	720	231	6
Pneumothorax				
Premier	C	721	23	
Subséquent	C	722	12	6
Phrénicectomie	D	723	92	6
Section 6 : Poumons et plèvre				
Incision				
Thoracostomie avec insertion de drain thoracique				
Pneumothorax ou effusion	B	724	38	6
Drainage d'empyème, suivi postopératoire non compris	C	725	115	6
Drainage d'abcès pulmonaire	D	726	277	13
Bouillie de poudre de talc par thoracostomie pleurodèse, intervention isolée	B	8146	50	6
Thoracotomie – exploratrice, incluant biopsie et/ou exérèse de corps étranger	D	727	277	13
Avec réparation de fistule pulmonaire	D	2495	CS	13
Avec contrôle d'hémorragie (hémorragie Postopératoire comprise)	D	2496	277	13
Avec talcage	D	2499	462	15
Avec décortication pulmonaire				
Partielle	D	2498	462	15
Totale	D	2497	539	15
Avec décortication et fermeture de fistule broncho-pleurale par greffe musculaire	D	2500	539	15
Biopsie chirurgicale de la plèvre ou du poumon	D	728	277	13
Excision				
Pneumonectomie	D	729	625	13
Lobectomie totale ou segmentaire	D	730	625	13
Avec décortication concomitante	D	2505	639	15
Résection en coin, unique ou multiple	D	732	450	13
Avec pleurectomie	D	779	639	13
Résection en manchon avec lobectomie	D	2506	616	13
Pleurectomie, tout type (acte isolé)	D	733	462	15
Résection de bulles et pleurodèse	D	734	462	15
Avec pleurectomie	D	782	639	15

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
CHAPITRE 10 : SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE				
Voir la légende au chapitre 3, section 1.7, pour la description des listes A, B, C et D.				
Section 1 : Veines				
Réparation				
Veine périphérique majeure	D	1970	154	6
Avec greffe	D	1971	231	6
Anastomose veineuse				
Porto-cave	D	737	850	10
Spléno-rénale				
Proximale	D	738	850	10
Distale	D	2510	900	10
Mésentérico-cave +/- greffe	D	739	850	10
Résection de fistule ou anévrisme artérioveineux +/- greffe	D	740	CS	10
Création de fistule artérioveineuse	D	741	277	8
Révision, inversion ou fermeture de fistule artérioveineuse	D	783	114	8
Insertion ou enlèvement d'un pontage veineux/péritonéal (Denver)	D	840	254	8
Suture				
Déblocage d'une dérivation	D	2511	75	6
Ligature				
Veine jugulaire, interne	D	742	115	10
Veine fémorale	D	743	116	6
Veine cave inférieure, ligature ou plicature	D	744	308	10
Insertion de dispositifs transveineux spéciaux	D	2512	150	10
Veine poplitée	D	745	115	6
Veines saphènes	C	746	38	6
Excision, ligature, injection				
Injection				
Unique	C	747	8	6
Multiple, lors de la même séance	C	748	15	6
Ligature étagée – une jambe	D	749	92	6
Ligature, saphène interne, crosse de la saphène interne – une jambe	D	750	92	6
Ligature, saphène interne – une jambe avec tringlage	D	751	139	6
Avec basse ligature étagée – ligature de veines perforantes	D	752	154	6
Ligature et tringlage – saphène externe	D	753	77	6
Saphènes interne et externe – une jambe	D	754	192	6
Avec basse ligature étagée	D	2178	231	6
Haute ligature – bilatérale avec tringlage	D	755	231	6

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Avec basse ligature étagée	D	756	269	6
Saphènes interne et externe bilatérales – haute ligature et tringlage	D	757	308	6
Avec basse ligature étagée	D	2177	385	6
Récidive de varices complexes	D	758	CS	6
Excision d'ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
Une jambe	D	759	192	6
Les deux jambes	D	760	308	6
Actes ci-dessus plus sympathectomie, supplément	D	761	115	6
Excision d'ulcère variqueux et greffe cutanée				
Une jambe	D	762	123	6
Les deux jambes	D	763	185	6
Ligature sous-fasciale	D	764	231	6
Avec éveinage	D	765	308	6
Thrombectomie iliaque ou fémorale	D	766	385	8
Section 2 : Artères				
Introduction				
Introduction percutanée ou insertion de canule pour artériographie, chimiothérapie par perfusion, etc. (chapitre 22, section 1)				
Perfusion régionale isolée				
Iliaque	D	2516	385	10
Périphérique ou axillaire	D	2517	300	10
Incision				
Artériotomie ou biopsie de l'artère temporale	B	767	54	6
Aortotomie	D	768	115	10
Ponction artérielle	A	769	15	6
Insertion de canules artérielles – payable en plus des soins journaliers en USI	A	778	30	
Section transversale d'artère – périphérique	D	770	115	6
Intra-abdominale ou intrathoracique	D	771	154	10
Embolectomie – aortique	D	789	539	17
Embolectomie ou thrombectomie				
Bifurcation aorto-iliaque ou greffon	D	2532	350	17
Iliaque ou fémorale	D	790	385	10
Mésentérique	D	791	462	10
Rénale	D	792	462	10
Autre artère périphérique ou greffon	D	2541	300	10
Suture				
Suture de lacération d'artère majeure d'un membre	D	2522	231	10
Ligature				

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Ligature d'artère	C	2518	77	6
Artère maxillaire interne (procédé Caldwell-Luc ou voie endoscopique)	D	2519	340	10
Artère ethmoïdale antérieure – épistaxis	C	808	77	6
Ligature de la carotide, région cervicale	D	1566	308	15
Artère iliaque interne (un côté ou les deux)	D	2520	231	7

Excision et/ou réparation (la réparation d'une artère comporte une endartériectomie et/ou greffe par pontage et comprend une thrombo-embolectomie de vaisseaux dans la même région ou par la même incision).

Ablation du glomus carotidien – unilatérale	D	2521	150	10
Tumeur du corps carotidien	D	794	462	15
Endartériectomie carotidienne	D	1973	700	15
Anévrisme carotidien – reconstruction ou excision avec greffe	D	2523	462	15
Reconstruction de la crosse aortique – innominée, sous-clavière et/ou vertébrale	D	2525	539	15
Par thoracotomie, en supplément	D	2526	139	UD
Avec rupture, en supplément	D	798	165	UD
Anévrisme d'artère sous-clavière – reconstruction ou excision avec greffe	D	2527	462	15
Anévrisme de l'aorte thoracique – réparation ou excision avec greffe				
Aorte ascendante	D	773	1120	45
Crosse	D	774	1322	45
Descendante +/- dérivation temporaire	D	2528	1066	CS
Avec rupture (thoracique ou abdominale), en supplément	D	846	165	UD
Anévrisme thoraco-abdominal	D	799	CS	CS
Anévrisme de l'aorte abdominal	D	775	925	17
Plus implantation d'une branche importante ou reconstruction des artères iliaques	D	2529	1070	20
Avec rupture, en supplément	D	846	165	UD
Artère rénale – endartériectomie	D	1974	539	10
Anévrisme – reconstruction ou excision avec greffe	D	2536	539	10
Anévrisme de l'artère splénique – reconstruction ou excision avec greffe	D	777	385	12
Réparation de l'artère mésentérique ou cœliaque – anévrisme	D	2533	385	10
Exérèse de bandelette seulement	D	2534	385	10
Endartériectomie ou greffe	D	2535	462	10
Réparation aorto-iliaque				
Réparation de la bifurcation seulement	D	784	693	17
Plus réparation de l'artère fémorale Unilatérale	D	2530	743	17

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Bilatérale	D	2531	900	17
Réparation d'artère iliaque	D	785	539	17
Pontage ilio-fémoral (greffon)	D	2537	500	17
Réparation d'artère fémorale/fémorale profonde (acte isolé)	D	2538	385	10
Profundoplastie étendue	D	2524	575	10
Greffe axillo-fémorale ou fémoro-fémorale	D	2339	539	12
Greffe aorto-fémorale unilatérale	D	2340	539	17
Endartériectomie de l'artère fémoro-poplitée et/ou pontage avec greffe (synthétique)	D	2539	539	10
Anévrisme fémoral ou poplité – excision, reconstruction ou ligature	D	780	385	10
Avec greffe	D	781	539	10
Traitement de faux anévrisme fémoral	D	8131	667	10
Endartériectomie fémoro-tibiale antérieure/postérieure et/ou pontage avec greffon synthétique	D	2179	575	10
Greffe veineuse fémoro-poplitée/tibiale	D	786	700	10
Enlèvement d'un pontage aorto/fémoro poplité infecté	D	8091	258	10
Pontage artériel avec greffe veineuse saphène in situ				
Fémoral/poplité	D	787	945	10
Fémoral/tibial ou péronier (trifurcation)	D	795	1135	10
Fémoral/pédieux	D	796	1300	10
Pontage distal par greffe veineuse inversée avec implantation veineuse à mi-mollet	D	788	945	10
Artérioplastie avec ou sans patch	D	804	231	10
Autotransfusion, en supplément		8092	77	
Collerette de Miller (ajout)		8089	100	
Autre artère périphérique – anévrisme	D	2540	300	10

Section 3 : Cœur et péricarde

3.1 Préambule – Cathétérismes cardiaques

a) Les honoraires pour cathétérismes thérapeutiques (codes de service 814 à 819, chapitre 10, section 3.4) comprennent les cathétérismes cardiaques et coronariens et l'angiocardiographie pratiqués le même jour, sauf s'ils sont faits pour la première fois ou si plus de 30 jours se sont écoulés depuis la dernière angiographie. Dans ces cas, le code de service 1870 ou 1871 , (chapitre 10, section 3.2) est facturable en supplément.

b) Les honoraires pour angioplastie percutanée comprennent l'installation d'un cathéter-électrode de stimulation temporaire au cours de la même séance. Ils comprennent également toute nouvelle angioplastie effectuée dans les 2 heures qui suivent.

c) Les actes supplémentaires, lorsque qu'ils sont payables, le sont à 50 % des honoraires établis, mais les honoraires dits payables « en supplément » le sont au plein tarif indiqué.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

d) Les codes de service 814 à 819 (chapitre 10, section 3.4, comprennent les soins préopératoires et postopératoires habituels; les soins intensifs (sauf le jour de l'intervention) et les consultations préopératoires sont payables comme pour la chirurgie majeure. Les primes de service après les heures normales ne s'appliquent qu'aux consultations et aux actes pratiqués sous anesthésie générale.

e) Lorsqu'un anesthésiste est appelé d'urgence au laboratoire de cathétérisme pour une anesthésie ou des soins en attendant un transfert en chirurgie, il a droit à 10 unités d'anesthésie en supplément des unités de base ou de tout autre tarif applicable. Ce supplément est payable à condition que les services de l'anesthésiste soient en cours avant le transfert en salle d'opération.

3.2 Actes diagnostiques

Ponction auriculaire ou ventriculaire	B	1921	77	6
Cathétérisme droit	B	1918	115	6
Pression hépatique bloquée	B	1919	77	6
Cathétérisme gauche par voie artérielle rétrograde	B	1864	177	6
Ultrasonographie intracoronaire, en supplément	B	8086	60	UD
Mesure du flux coronaire résiduel dérivée de la pression, en supplément	B	8087	60	UD

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8086 et le code de service 8087 s'ajoutent aux codes de services 814 et 1864 et sont facturables une fois par patient et par intervention.***

Cathétérisme par voie transseptale	B	1865	255	6
Cathétérisme coronarien et coronarographie, en supplément	B	1866	100	UD
Cathétérisme de pontage, chacun, en supplément	B	1867	67	UD
Pontage mammaire interne (sous-clavière), en supplément	B	1868	67	UD
Angiographie sauf coronarographie, toutes injections, en supplément	B	1869	49	UD
Angiocardiographie diagnostique gauche +/- droite et coronarographie, au moment de l'angioplastie, lorsque payable, honoraires supplémentaires complets	B	1870	159	UD
Coronarographie diagnostique au moment de l'angioplastie, lorsque payable, honoraires supplémentaires complets	B	1871	87	UD
Cathétérisme des artères pulmonaires, en supplément	B	1872	40	UD
Évaluation des changements de la résistance vasculaire pulmonaire (toutes substances), en supplément	B	1873	55	UD
Test à l'ergonovine, en supplément	B	1874	85	UD
Études : dosage de Fick, courbes de dilution,				

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
études métaboliques, oxymétrie, analyses isotopiques, etc., par série, en supplément	B	1875	29	UD
Aortographie, aorte ascendante (pour états pathologiques de l'aorte), en supplément	B	1876	48	UD
Biopsie endomyocardique percutanée, en supplément	B	1877	78	UD
3.3 Études électrophysiologiques et cardiostimulation				
Introduction de cathéter cardiostimulateur	B	825	154	6
Insertion de cardiostimulateur interne				
Thoracotomie et implantation d'électrodes dans le myocarde	D	826	385	20
Insertion de cardiostimulateur externe permanent et mise en place d'électrodes transveineuses				
Intervention en équipe				
Cardiologue	D	2009	192	9
Chirurgien	D	2009	192	9
Intervention isolée	D	2010	308	9
Remplacement ou réglage d'électrodes transveineuses				
Intervention en équipe				
Cardiologue	D	2011	115	9
Chirurgien	D	2011	115	9
Intervention isolée	D	2012	154	9
Mise en place de générateur pulsatif seulement				
Intervention en équipe				
Cardiologue	D	2025	115	9
Chirurgien	D	2025	115	9
Intervention isolée	D	2026	154	9
Stimulation double				
Intervention en équipe				
Cardiologue	D	1912	288	9
Chirurgien	D	1912	288	9
Intervention isolée	D	1913	410	9
Reprogrammation de stimulateur cardiaque			HV	
Enlèvement ou insertion d'un moniteur ECG implatable	D	8125	154	6

Veuillez-vous référer au chapitre 5, section 7.7, pour les « visites de suivi suite à l'implantation d'un stimulateur cardiaque ».

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de surveillance exclusive peuvent être facturés après que la période de temps prévue pour la visite initiale est écoulée.***

Les honoraires ci-dessus (codes de service 2009 à 1913 doivent tous comprendre les soins postopératoires du cardiologue, ainsi que les soins pré et postopératoires du chirurgien.

Étude électrophysiologique avec stimulation programmée des oreillettes ou ventricules et/ou

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
cartographie endocavitaire	D	1878	330	9
Étude électrophysiologique subséquente pour évaluer l'effet de médicaments ou de la chirurgie	D	1879	165	9
Enregistrement du faisceau de His et stimulation auriculaire	D	1880	165	9
3.4 Actes thérapeutiques				
Circulation assistée par ballon intra-aortique percutané (exérèse comprise)	C	812	257	10
Exérèse du ballon par un autre médecin	C	813	54	6
ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée), un vaisseau, toutes lésions	D	814	445	20
vaisseau additionnel, en supplément	D	815	176	UD
Insertion d'endoprothèses coronaires, en supplément	D	8071	100	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8071 ne peut être facturé avec le code de service 1864. Il peut être facturé une fois par vaisseau pour un maximum de trois vaisseaux.***

Ultrasonographie intracoronaire, en supplément	B	8086	60	UD
Mesure du flux coronaire résiduel dérivée de la pression, en supplément	B	8087	60	UD

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8086 et le code de service 8087 s'ajoutent aux codes de services 814 et 1864 et sont facturables une fois par patient et par intervention.***

Valvuloplastie percutanée par cathéter	D	816	458	20
Angioplastie percutanée de coarctation de l'aorte	D	817	367	20
Oblitération percutanée d'un canal artériel perméable	D	818	341	20
Création de CIA par septostomie au ballonnet	D	819	270	20

Section 4 : Chirurgie cardiaque

4.1 Actes généraux

Dérivation avec pompe et/ou stabilisation cardiaque mécanique, y compris mise en place et exérèse de la canule et supervision, en supplément	D	8000	310	UD
Nouvelle intervention avec dérivation et/ou stabilisation cardiaque mécanique plus d'un mois après la première, en supplément	D	8001	548	UD

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un tarif de 45 unités de base en anesthésie s'applique à l'intervention s'il y a dérivation avec pompe.***

Circulation assistée, p. ex. ballon intra-aortique (comprend les soins journaliers et la supervision),				

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
insertion chirurgicale, décanulation non comprise	D	8002	295	15
Percutanée : voir Interventions cardiologiques				
Exérèse ouverte (y compris réparation de l'artère) après circulation assistée	A	8003	118	10
Remise en place chirurgicale d'un ballon intra-aortique (plus de 24 heures après l'insertion originale)	A	8004	123	15

Cathétérisme diagnostique préliminaire non compris.

4.2 Incision et/ou excision

Massage cardiaque – à cœur ouvert, ajouter au tarif de chirurgie	D	8005	154	UD
Fermeture du sternum	D	820	154	10
Péricardectomie				
Un côté ouvert	D	8006	476	20
Deux côtés ouverts ou sternotomie médiane	D	8007	782	20
Cardiotomie avec exploration et/ou exérèse de corps étranger ou de tumeur	D	8008	543	20
Section de faisceau accessoire (y compris cardiotomie, cartographie, avec ou sans ablation du faisceau de His)	D	8010	748	45
Ablation pour tachycardie ventriculaire (y compris cardiotomie, cartographie, avec ou sans ablation du faisceau de His)	D	8011	953	45
Excision – tumeur de la paroi ventriculaire	D	8012	892	45
Anévrisme ventriculaire	D	8013	845	45
Anévrisme du sinus de Valsalva	D	8014	845	45
Excision de cicatrice endocardique importante, ajouter à la ventriculotomie ou réfection d'anévrisme	D	8015	123	UD
Ligature ou section du canal artériel				
Moins de 16 ans	D	8016	520	20
Adulte	D	8017	684	20
Fermeture d'artères bronchiques collatérales (une ou plus)				
Acte isolé	D	8018	684	20
En conjonction avec un autre acte chirurgical cardiaque, en supplément	D	8019	171	UD
Exérèse d'une coarctation de l'aorte				
Moins de 16 ans	D	8020	616	20
Adulte	D	8021	756	20
Opérations pour affections cardiaques congénitales, p. ex. Blalock, Glenn, Potts, Waterston ou centrale	D	8022	600	20
Création d'une communication interauriculaire par thoracotomie ou opération de Sterling Edwards	D	8023	600	20
Fermeture de communication interauriculaire de type *ostium secundum*	D	8024	684	45

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Avec retour pulmonaire veineux anormal	D	8025	771	45
Anomalie des coussins endocardiques et de valvule	D	8026	1018	45
Fermeture de communication(s) interventriculaire(s)	D	8027	927	45
Cardectomie, intervention chez le donneur	D	8028	415	20
Prélèvement en bloc cœur-poumon	D	8029	531	20
4.3 Réparation				
Endartériectomie coronarienne	D	8030	783	45
Au cours de réparation d'artère coronaire, en supplément	D	8031	189	UD
Pontage ou réparation d'une artère coronaire	D	8032	915	45
Deux	D	8033	1145	45
Chaque artère supplémentaire	D	8034	165	UD
Utilisation de l'artère mammaire interne pour pontage, en supplément	D	8035	171	UD
Réparation complète de tétralogie de Fallot	D	8036	1019	45
Après dérivation artérielle antérieure	D	8037	1159	45
Réparation complète d'un drainage pulmonaire veineux anormal	D	8038	879	45
Réparation complète de la transposition des gros vaisseaux de la base	D	8039	879	45
Switch artériel pour transposition	D	8040	1318	45
Canal atrio-ventriculaire commun	D	8041	1157	45
Ventricule unique	D	8042	1318	45
Double issue – ventricule droit ou gauche	D	8043	1019	45
Double issue avec transposition	D	8044	1318	45
Tronc artériel commun	D	8045	1318	45
Interruption de l'isthme aortique	D	8046	1157	45
Fenêtre aorto-pulmonaire	D	8047	737	45
Canal ventriculaire avec valvule et greffe tubulaire	D	8048	832	45
Décerclage et plastie de l'artère pulmonaire	D	8049	546	20
Cerclage de l'artère pulmonaire	D	8050	737	20
Réparation de cor triatriatum	D	8051	737	45
Anneau vasculaire	D	8052	546	20
4.4 Valvules				
Valvulotomie pulmonaire	D	8053	828	45
Valvulotomie pulmonaire et résection infundibulaire	D	8054	933	45
Remplacement de valvule pulmonaire	D	8055	933	45
Valvulotomie tricuspidienne	D	8056	882	45
Annuloplastie tricuspidienne	D	8057	782	45
Remplacement de valvule tricuspidienne	D	8058	933	45
Valvulotomie mitrale	D	8059	805	45
Valvulotomie mitrale – sténose récidivante	D	8060	871	45
Annuloplastie mitrale	D	8061	871	45

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Remplacement de valvule mitrale	D	8062	1015	45
Valvuloplastie mitrale	D	8063	968	45
Valvuloplastie aortique	D	8064	871	45
Valvulotomie aortique	D	8065	849	45
Résection de l'infundibulum aortique (ventriculomyotomie)	D	8066	969	45
Remplacement de valvule aortique	D	8067	1019	45
Implantation transcatheter de valvule aortique - chirurgie cardiatique	D	8130	1019	45
Aortoplastie partielle avec péricarde ou greffe, en supplément	D	8068	171	UD
Annuloplastie aortique (reconstruction et agrandissement de l'anneau aortique), en supplément	D	8069	270	UD
Remplacement de valvule aortique et de l'aorte ascendante avec réimplantation des artères coronariennes (intervention de Bentall modifiée)	D	8070	1889	6

CHAPITRE 11 : SYSTÈME HEMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 1 : Rate et moelle				
Incision				
Ponction de la rate – pour biopsie	A	1954	46	
Pour injection de substance de contraste	A	864	46	
Excision				
Splénectomie	D	865	308	7
Voir aussi : laparotomie pour traumatisme aigu				
Maladie de Hodgkin – détermination du stade, laparotomie, splénectomie, biopsie du foie et biopsie des ganglions rétropéritonéaux	D	2341	385	7
Biopsie de la moelle				
Par aspiration, ponction-biopsie ou poinçon	B	866	38	6
Bouton osseux	B	867	46	6
Biopsie chirurgicale de l'arête de l'os iliaque	B	1961	115	6
Section 2 : Vaisseaux lymphatiques				
Excision				
Hygroma kystique	D	868	277	6
Lymphœdème				
Opération de Kondoleon	D	869	277	6
Excision radicale	D	870	539	6
Lymphangiographie	B	871	139	6
Excision de ganglions lymphatiques				
Tumeur – sus-hyoïdien				
Unilatérale	D	872	231	6
Bilatérale	D	873	346	6
Dissection sélective du cou	D	8878	CS	14
Évidement cervical radical	D	874	508	14
Évidement des ganglions inguinaux	D	875	231	6
Évidement radical des ganglions axillaires	D	876	350	6
Évidement radical des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques	D	877	339	6
Évidement radical des ganglions inguinaux et iliaques, bilatéral	D	878	508	6
Évidement radical des ganglions rétropéritonéaux	D	2019	508	8
Biopsie – ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux	B	879	66	6
Scalène	B	880	92	6
Biopsie des ganglions sentinelles				
Intervention isolée	D	843	350	
Avec une autre intervention - ajout	D	844	200	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de services 843 et 844 ne peuvent être facturés en supplément avec le code de service 409.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 12 : APPAREIL DIGESTIF

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

Section 1 : Bouche

Incision				
Drainage d'infection d'espace profond du cou	D	881	186	6
Excision				
Biopsie	B	882	40	6
Excision de lésion simple	C	883	31	6
Excision de leucoplasie				
Restreinte	C	884	46	6
Étendue	D	885	185	6
Excision de grenouillette ou kyste dermoïde	D	886	92	6
Excision locale pour carcinome – plancher de la bouche, maxillaire inférieur, crête alvéolaire ou muqueuse buccale	D	887	139	6
Avec hémimandibulectomie	D	889	308	10
L'un des actes susmentionnés associé à un évidement cervical unilatéral	D	890	616	14
Résection composite des lésions de la cavité buccale et/ou oropharynx avec résection partielle du maxillaire inférieur	D	1774	500	12
Résection étendue comme ci-dessus avec résection partielle du maxillaire supérieur	D	1775	650	12
Destruction				
Cautérisation de leucoplasie	C	891	46	6
Suture				
Fermeture de fistule oro-antrale				
Avec lambeau	D	892	231	6
Avec antrotomie radicale	D	893	269	6

Section 2 : Lèvres

Excision				
Biopsie	B	894	40	6
Rasage de la lèvre, vermillonectomie	D	895	154	6
Excision de lésion simple	C	896	31	6
Résection en V pour carcinome	D	897	139	6
Plus évidement cervical radical	D	898	500	14
Excision d'une moitié de la lèvre plus reconstruction, en une ou plusieurs étapes, tarif global	D	899	308	6

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Plus évidement cervical radical	D	900	539	14
Excision totale de la lèvre plus reconstruction, en une ou plusieurs étapes, tarif global	D	901	462	6
Plus évidement cervical radical	D	902	539	14
Réparation				
Bec-de-lièvre				
Un côté	D	903	231	8
Les deux côtés	D	904	385	8
Section 3 : Langue				
Excision				
Biopsie	B	905	40	6
Excision locale de tumeur simple	D	906	92	6
Hémiglossectomie	D	907	300	8
Plus évidement cervical radical	D	908	593	14
Glossectomie totale	D	909	305	8
Plus évidement cervical radical	D	910	593	14
Réparation				
Suture de lacérations étendues	D	911	CS	6
Lacérations mineures	C	912	23	6
Section 4 : Dents et gencives				
Incision				
Drainage d'abcès alvéolo-dentaire – anesthésie générale	C	913	52	6
Excision				
Biopsie de gencive	B	914	31	6
Kyste dentigère	D	915	185	6
Kyste muqueux	C	916	52	6
Suture				
Suture de gencive, secondaire	C	917	31	6
Section 5 : Palais et luette				
Incision				
Abcès du palais	C	918	52	6
Excision				
Uvulectomie – acte isolé	C	919	52	6
Biopsie	B	920	31	6
Excision de lésion simple	C	921	46	6

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision de lésion maligne avec reconstruction	D	922	CS	6
Réparation				
Fissure palatine	D	923	269	8
Révision avec greffe osseuse	D	2291	308	8
Suture				
Suture de plaie du palais	C	924	23	6
Uvulopalatopharyngoplastie	D	828	225	6
Rallongement du palais et/ou lambeau pharyngé	D	925	346	8
Réparation de fistule palatine	D	2292	231	8
Section 6 : Glandes et canaux salivaires				
Incision				
Sialolithotomie sous anesthésie générale	C	926	46	6
Complexe	D	927	139	6
Excision				
Glande sous-mandibulaire	D	928	277	6
Glande parotide – simple excision de tumeur	D	929	185	6
Biopsie des glandes salivaires accessoires	B	8879	52	
Lobectomie parotidienne superficielle	D	1976	484	7
Parotidectomie totale	D	930	571	8
Plus évidement cervical radical	D	931	825	14
Réparation				
Réparation d'un canal	D	932	192	6
Déplacement ou remise en place normale, canal sous-mandibulaire	D	1975	290	6
Dilatation d'un canal en acte isolé	C	933	59	6
Sondage				
Canal	C	934	29	
Cathétérisme pour sialographie	C	935	59	6
Section 7 : Pharynx, adénoïdes et amygdales				
Incision				
Biopsie du pharynx	B	936	31	6
Aspiration d'abcès amygdalien par aiguille fine	B	1801	15	
Drainage d'abcès rétropharyngé				
Par voie interne	B	937	77	6
Par voie externe	D	938	136	6
Drainage d'abcès périamygdalien, simple opération	B	939	44	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision				
Kyste branchial	D	940	231	6
Fistule branchiale	D	941	308	6
Diverticule pharyngo-œsophagien	D	942	385	6
Kyste thyréoglosse	D	943	192	6
Kyste et fistule	D	944	277	6
Excision de bourgeon amygdalien, unilatérale	D	947	62	6
Excision d'amygdale linguale (acte isolé)	D	948	62	6
Excision d'une tumeur dans l'espace parapharyngé	D	1776	500	8
Pharyngectomie par voie transhyoïdienne ou externe	D	1727	520	9
Réparation				
Atrésie choanale	D	949	385	8
Dilatation d'atrésie choanale				
Première	C	2038	59	6
Subséquente	C	2039	40	6
Lambeau pharyngé pour rallongement	D	950	346	8
Insertion rétropharyngée de matière plastique pour rhinolalie	D	951	115	6
Suture				
Suture de plaie ou blessure externe du pharynx	D	952	CS	6
Exploration du traumatisme pénétrant ayant franchi le muscle peaucier du cou	D	8880	350	14

Section 8 : Esophage

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Dilatation de l'œsophage				
Active +/- fil de guidage	B	982	66	6
Passive, au moyen de bougies de mercure	B	983	35	6
Dilatation, dilatateur pneumatique	B	984	66	6
Dilatation, rétrograde	B	985	43	6
Dilatation sous contrôle fluoroscopique	B	988	74	6
Dilatation avec œsophagoscopie, indirecte				
Première	D	986	185	6
Subséquente	D	987	93	6
Injection de toxine botulique aux voies gastrointestinales supérieurs par endoscopie, pour le traitement de l'achalasie	C	8137	147	6

☞ ***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.***

Endoscopie (voir aussi ***chapitre 2***, règles d'évaluation 32 et 33)

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Œsophagoscopie +/- biopsie	B	964	97	6
Avec extraction de corps étranger	D	965	154	6
Introduction de sonde de Souttar – par l'œsophage	D	968	115	6
Sonde de Blakemore	D	967	100	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Paiement de la gastroscopie en sus des codes de service 967 et 968.***

Insertion d'endoprotèses auto-expansible endoluminale – comprend l'endoscopie	D	8957	250	6
Hémostase endoscopique	D	1003	206	6
Répétition dans les 30 jours	D	1005	103	6
Injection				
Varices de l'œsophage avec œsophagoscopie				
Première	D	979	206	6
Subséquente	D	966	103	6
Introduction d'un tube de Mousseau ou Bardin	D	981	231	6
Incision				
Œsophagoscopie cervicale				
Adulte	D	953	231	6
Nouveau-né	D	2542	308	13
Œsophagoscopie thoracique	D	954	308	13
Opération de Heller	D	955	462	13
Œsophagomyotomie totale par voie thoracique en acte isolé	D	2543	562	13
Excision				
Diverticule intrathoracique ou léiomyome de l'œsophage	D	956	407	13
Diverticule crico-pharyngien ou myotomie crico-pharyngienne	D	957	346	13
Traitement endocscopique du diverticule par myotomie du faisceau cricopharyngien, par endoscopie	D	8120	250	6
Ablation par radiofréquence pour l'oesophage de Barrett – dysplasie – traitements Halo 360 et Halo 90	D	8625	250	
Mucosectomie endoscopique d'une lésion oesophagienne	D	8626	153	
Résection de l'œsophage, incluant reconstruction				
1er chirurgien	D	1784	900	15
2e chirurgien	D	1785	500	
Œsophagogastrectomie	D	962	678	13
Dérivation de l'œsophage avec segment du côlon ou jéjunum en acte isolé	D	963	593	13
Réparation				
Œsophagoplastie (réparation de rétrécissement)	D	969	508	13

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Hernie de l'hiatus œsophagien				
Par voie abdominale	D	970	385	7
Fundoplicature laparoscopique Nissen	D	8114	385	7
Plus cholécystectomie, au besoin	D	971	555	7
Par voie transthoracique	D	972	500	13
Avec gastroplastie ou plicature du fond intrathoracique	D	2547	515	13
Hernie diaphragmatique récidivante				
Par voie abdominale ou transthoracique	D	2342	539	13
Par voie thoraco-abdominale	D	2548	639	13
Avec myotomie, en supplément	D	2549	91	UD
Rupture de l'œsophage	D	973	424	13
Drainage cervical	D	974	269	6
Réparation transabdominale de rupture diaphragmatique	D	977	500	13
Œsophago-gastrostomie	D	975	593	7
Œsophago-duodénostomie ou œsophago-jéjunostomie	D	976	593	7
Œsophagostomie avec ligature de varices	D	978	407	13
Section 9 : Estomac				
Incision				
Gastrotomie (bouton)	A	2985	46	6
Gastrotomie avec exérèse de tumeur ou de corps étranger	D	989	254	7
Pyloromyotomie (opération de Ramstedt)	D	990	254	10
Gastrostomie simple avec tube	D	991	254	6
Associée à une chirurgie abdominale, en supplément	D	1051	75	UD
Introduction de sonde de Souttar – par laparotomie	D	2546	308	7
Gastrostomie avec tissu vivant (Janeway, etc.)	D	992	339	7
Gastrostomie endoscopique percutanée				
Équipe double, chaque chirurgien	B	1000	150	6
Opération en solo	D	2986	204	6
Excision				
Biopsie par excision				
Par gastroscopie	B	993	153	6
Par gastrotomie	D	994	254	7
Par intubation	B	995	34	
Gastrectomie – résection en coin pour ulcère	D	996	305	7
Partielle ou sous-totale	D	997	575	7
Plus correction de hernie hiatale	D	998	593	7
Après gastro-entérostomie ou gastrectomie partielle antérieure	D	999	593	7
Vagotomie sélective pariétale pour ulcère				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
gastroduodénal	D	2181	508	7
Gastrectomie totale	D	1001	678	7
Excision de lésion gastroduodénale (ulcère récidivant)	D	1002	593	7
Excision de lésion gastro-jéjunale (ulcère récidivant)	D	1004	593	7
Révision de gastrectomie plus anastomose en Y de Roux, interposition d'une anse jéjunale inversée ou non	D	2182	593	7
Un des actes ci-dessus plus vagotomie, en supplément	D	2553	127	UD
Un des actes ci-dessus plus cholécystectomie, en supplément	D	1006	170	UD
Plus cholécystectomie et cholangiographie, en supplément	D	2550	204	UD
Plus cholédochoscopie, en supplément	D	2551	60	UD
Plus cholécystectomie et exploration du cholédoque, en supplément	D	2552	204	UD
Ainsi que cholangiographie, en supplément	D	1032	233	UD
Endoscopie				
Tube digestif supérieur +/- biopsie	B	964	97	6
Extraction de corps étranger par gastroscopie	D	1007	154	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Exclut la visualisation de l'intestin grêle avec rallonge de gastroscope.***

Entéroscopie rétrograde par stomie	B	8084	46	6
Entéroscopie de l'intestin grêle double ballon	B	8085	300	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8085 n'est pas facturable avec le code de service 964.***

Endosonographie (voir chapitre 21, section 5)				
Endoscopie par capsule	C	8145	311	
Réparation				
Pyloroplastie	D	1009	305	7
Plus vagotomie	D	1010	424	7
Vagotomie bilatérale – après chirurgie gastrique antérieure pour ulcère gastroduodénal	D	1977	254	7
Gastroduodénostomie, gastro-jéjunostomie ou gastro-gastrostomie	D	1011	305	7
Plus vagotomie	D	1012	424	7
Pyloroplastie ou gastro-entérostomie avec vagotomie				

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
et correction de hernie hiatale	D	1013	508	7
Un des actes ci-dessus plus cholécystectomie, en supplément	D	1014	170	UD
Suture				
Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	D	1015	204	6
Fermeture d'ulcère perforé ou plaie de l'estomac	D	1016	305	7
Fermeture de fistule gastro-colique ou gastro-jéjuno-colique				
En une étape	D	1017	593	7
En deux étapes, incluant colostomie	D	1018	593	7
Avec vagotomie	D	2344	678	7
Réfrigération gastrique	D	1019	92	6
Chirurgie bariatrique				
Gastrectomie longitudinale	D	1008	834	13
Cerclage gastrique	D	8122	569	10
Dérivation gastrique avec anse de Roux en Y	D	8123	872	10
Dérivation biliopancréatique	D	8124	1000	13
Section 10 : Intestins (à l'exception du rectum)				
Endoscopie				
Sigmoïdoscopie +/- biopsie du rectum ou du sigmoïde	B	2046	23	6
Sigmoïdoscopie à fibre optique	B	2045	38	6
☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La sigmoïdoscopie (code de service 2046) et la fibrosigmoïdoscopie (code de service 2045) sont comprises dans le tarif d'une colonoscopie (code de service 2057).***				
Colonoscopie +/- biopsie	B	2057	165	6
Avec fulguration de polype, en supplément	B	2465	40	
Chaque polype additionnel (max. 2)	B	2466	15	
Avec excision de polype, en supplément	B	2467	90	
Chaque polype additionnel (max. 2)	B	2468	35	
Iléoscopie conjointement avec colonoscopie, n supplément	B	827	46	
Endosonographie (voir chapitre 21, section 5)				
Incision				
Iléostomie pour colite ulcéreuse	D	1020	426	6
Iléostomie – poche de Kock	D	2183	428	6
Iléostomie ou jéjunostomie (avec tube)	D	1021	355	6
Jéjunostomie pour alimentation, conjointement avec				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
d'autres interventions abdominales, en supplément	D	2987	75	UD
Première étape de l'opération de Mikulicz	D	1022	426	6
Colostomie	D	1023	355	6
Révision pour sténose	D	1024	92	6
Cæcostomie, en acte isolé	D	1025	355	6
Entérotomie ou colotomie	D	1026	305	6
Avec sigmoïdoscopie peropératoire	D	1027	339	6
Multiple	D	1028	424	6
Colo-myotomie	D	2554	385	6
Excision				
Biopsie par intubation	A	1029	46	6
Excision locale de lésion de l'intestin grêle	D	1030	305	6
Préparation d'un segment intestinal pour substitution urétérale	D	2168	339	6
Résection de diverticule du duodénum	D	2555	359	6
Entérectomie – intestin grêle	D	1031	400	6
Gros intestin				
Iléon terminal, cæcum et côlon ascendant	D	1034	508	7
Colectomie partielle	D	1035	478	7
Hémicolectomie				
Droite	D	1036	508	7
Gauche	D	2556	578	7
Colectomie totale				
Avec iléostomie – sans résection périnéale	D	1037	850	8
Avec résection abdomino-périnéale – équipe simple	D	1038	900	10
Équipe double				
1er chirurgien	D	1039	850	10
2e chirurgien	D	1040	300	
Avec anastomose iléorectale	D	2184	678	8
Occlusion intestinale				
Sans résection	D	1042	375	8
Avec tube de jéjunostomie de Baker, en supplément	D	2557	100	UD
Avec résection	D	1043	500	8
Réduction de volvulus ou d'invagination intestinale, etc.	D	1044	339	8
Entéro-entérostomie	D	1045	339	8
Atrésie duodénale – duodéno-jéjunostomie	D	1046	375	8

Actes en plusieurs étapes, colostomie préalable, résection de l'intestin, fermeture de colostomie, etc. – paiement au tarif prévu pour l'acte particulier.

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Réparation				
Fistule stercorale, résection radicale	D	1047	465	6
Révision d'iléostomie ou colostomie	D	1048	92	6
En profondeur	D	2185	296	6
Fermeture de perforation	D	1049	296	6
Avec colostomie	D	1050	339	6
Fermeture de colostomie +/- résection	D	1053	350	6
Plicature de l'intestin grêle pour adhérences	D	1054	407	6
Manipulation				
Dilatation d'entérostomie, colostomie, etc.				
Avec anesthésie	C	1055	31	6
Sans anesthésie			VF	
Intubation de l'intestin grêle	B	1057	36	6
Révision de dérivation intestinale	D	2558	462	8
Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	D	2559	385	10
Dilatation d'un rétrécissement colique ou pylorique				
Passive	B	838	35	6
Avec ballonnet	B	839	66	6
Section 11 : Diverticule de Meckel et mésentère				
Excision				
Diverticule de Meckel	D	1058	360	6
Excision locale de lésion	D	1059	360	6
Résection du mésentère	D	1060	360	6
Section 12 : Appendice				
Incision				
Drainage d'abcès, soins complets	D	1061	300	6
Excision				
Appendicectomie	D	1062	300	6
Section 13 : Rectum				
Incision				
Proctotomie – avec exploration	D	1064	92	6
Avec décompression (imperforation anale)	D	1065	92	6
Avec drainage (abcès périrectal)	D	1066	92	6
Abcès pelvien – drainage	D	1067	127	6
Manipulation				
Manométrie anorectale	B	1073	38	
Excision				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Proctectomie – résection antérieure du rectum	D	1068	725	7
Proctectomie, sac pelvien	D	802	939	8
Résection périnéale du rectum	D	1069	407	7
Résection abdomino-périnéale plus colostomie				
Équipe simple	D	1070	850	10
Équipe double				
1er chirurgien	D	1071	800	10
2e chirurgien	D	1072	300	
Opération de Hartmann	D	1074	500	7
Reconstruction du côlon – après opération de Hartmann	D	2186	600	7
Abaissement abdomino-périnéal pour maladie de Hirschsprung ou imperforation anale	D	1075	593	8
Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	D	1079	508	8
Excision transrectale de gros adénome villeux du rectum	D	2560	265	6
Abord postérieur pour excision de lésion rectale avec résection de segment sacro-coccygien	D	2561	265	6
Excision ou cautérisation de polype – bas rectum	B	1080	46	6
Haut rectum et sigmoïde par sigmoïdoscopie	B	1081	92	6
Biopsie de la jonction rectosigmoïde pour maladie de Hirschsprung	B	1082	62	6
Désobstruction du rectum	C	2850	23	
Microchirurgie endoscopique transanale (TEM)	D	9147	615	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9147 n'est pas applicable pour l'ablation ou la biopsie de polypes ou de lésions superficielles du rectum ou du sigmoïde. Il est réservé pour les lésions rectales de niveau intermédiaire ou supérieur qui ne se prêtent pas à une excision par endoscopie ou pour lesquelles les techniques transanales traditionnelles ne sont pas recommandées en raison de la taille ou de préoccupations au sujet de la malignité. Le rapport opératoire doit comprendre l'équipement utilisé et la justification de son utilisation, y compris la taille, l'emplacement et le potentiel de malignité. Limité aux chirurgiens généralistes avec formation postdoctorale en chirurgie colorectale reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Limité aux interventions chirurgicales effectuées au moyen de l'équipement de la microscopie électronique à transmission (TEM) et de la technique TEM. Ce service doit être facturé CS si le code de service 9147 est utilisé pour un polype qui aurait pu faire l'objet d'une résection chirurgicale par endoscopie.***

Réparation				
Excision de muqueuse	D	1085	154	6
Réparation majeure				
Par voie périnéale	D	1086	305	6
Par voie abdominale	D	1087	525	7
Rectopexie – opération de Thiersch	D	1088	101	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Suture du rectum				
Par voie externe	D	1089	204	6
Par voie intrapéritonéale	D	1090	339	7
Fermeture de fistule				
Rectovaginale	D	1091	339	6
Rectovésicale	D	1092	339	6
Section 14 : Anus				
Incision				
Hémorroïdes thrombosées				
Anesthésie locale	C	1093	23	
Anesthésie générale	C	1094	38	6
Excision				
Excision locale de lésion anale, notamment fissure ou lésion maligne (incluant sphinctérotomie)	D	1095	92	6
Hémorroïdectomie (sigmoïdoscopie non comprise si elle n'est pas effectuée dans les 30 jours précédents)	D	1096	154	6
Avec excision de fissure anale, en supplément	D	1095	50 %	UD
Par ligature élastique ou coagulation à l'infrarouge	C	1980	50	
Polype anal, paquets hémorroïdaires résiduels	C	1097	46	6
Fistule anale – basse	D	1098	154	6
Haute avec section du sphincter interne	D	1099	277	6
Biopsie – anesthésie générale	B	1100	31	6
Introduction				
Injections d'hémorroïdes				
Premières	A	1101	15	
Subséquentes	A	1102	8	
Injections pour prurit anal ou fissure	A	1103	15	6
Dilatation de fistule anale	B	1083	43	6
Réparation				
Excision de cicatrice pour sténose	D	1104	92	6
Anoplastie pour sténose	D	1105	185	6
Réparation du sphincter anal	D	1106	231	6
Plus réparation de l'anneau anorectal	D	1107	254	6
Réparation d'imperforation anale – obstruction membraneuse de l'anus	D	1108	92	6
Atrésie rectale – réparation par voie périnéale	D	1109	407	6
Réparation par voie abdomino-périnéale	D	1110	508	10

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Avec conduit anal normal – réparation par voie abdomino-périnéale	D	1114	593	10
Destruction				
Cautérisation de fissure	C	1118	15	6
Électrodessiccation de condylomes	C	1119	77	6
Manipulation				
Dilatation du sphincter anal sous anesthésie générale (acte isolé)	C	1120	15	6
Section 15 : Foie				
Incision				
Hépatotomie – explratrice	D	1121	305	8
Drainage d'abcès ou kyste	D	1122	305	8
Exérèse de corps étranger	D	1123	305	8
Incision et tamponnement de plaie	D	1124	305	8
Excision				
Hépatectomie – excision locale de lésion	D	1125	305	7
Lobectomie gauche	D	1126	678	12
Lobectomie partielle	D	2562	447	12
Lobectomie droite étendue ou complète	D	2563	823	12
Ponction – biopsie	B	1953	38	6
Résection cunéiforme/biopsie hépatique ouverte, en supplément (lorsque effectuée en plus d'une intervention abdominale)	B	2989	54	UD
Réparation				
Marsupialisation de kyste ou d'abcès	D	1128	305	7
Suture				
rupture ou plaie	D	1129	305	7
Section 16 : Voies biliaires				
Endoscopie				
Cholécystoscopie	B	2983	100	6
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER), +/- biopsie, +/- cytologie	B	2875	202	6
Sphinctérotomie endoscopique, en supplément	B	2894	90	UD
Mise en place endoscopique de moule d'une voie biliaire ou pancréatique, en supplément	B	2895	77	UD
Lithotritie biliaire, en supplément	B	2984	77	UD
Extraction de calculs du cholédoque, en supplément	B	2896	77	UD

Chapitre 12 : Appareil digestif	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Dilatation par cathéter à ballonnet de rétrécissement du cholédoque ou de voie pancréatique, en supplément	B	2897	77	UD
Drainage biliaire par voie nasale, en supplément	B	2898	77	UD
Incision				
Cholécystostomie	D	1130	254	7
Cholécysto-entérostomie, incluant entéro-entérostomie	D	1131	400	7
Plus gastro-entérostomie	D	2565	508	7
Cholécysto-gastrostomie	D	1133	305	7
Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-entérostomie	D	1134	508	7
Exploration du cholédoque	D	1135	407	7
Avec duodénotomie, sphinctérotomie	D	1136	508	7
Plus sphinctéroplastie, en supplément	D	2566	58	UD
Plus pancréatographie, en supplément	D	2567	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique, en supplément	D	2568	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique, en supplément	D	2569	250	UD
Biopsie pancréatique ouverte, en supplément	B	2988	58	UD
2010Excision				
Lésion des canaux intrahépatiques	D	1137	465	7
Excision de l'ampoule de Vater	D	1139	465	7
Cholécystectomie (par laparoscopie ou laparotomie)	D	1140	339	7
Avec cholangiographie peropératoire	D	1141	407	7
Cholécystectomie et exploration des voies biliaires	D	1142	420	7
Avec cholangiographie peropératoire	D	1143	482	7
Plus duodénotomie	D	1144	524	7
Plus pancréatographie, en supplément	D	2570	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique, en supplément	D	2571	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique, en supplément	D	2572	250	UD
Excision de résidu de la vésicule biliaire ou d'un canal cystique	D	2573	370	7
Plus cholangiographie, en supplément	D	2574	58	UD
Avec exploration du cholédoque et cholangiographie	D	2575	539	7
Cholédochoscopie associée à une chirurgie des voies biliaires, en supplément	D	1138	60	UD
Toute chirurgie des voies biliaires plus réparation de hernie hiatale, en supplément	D	2576	193	UD
Réparation				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Reconstruction chirurgicale du cholédoque	D	1145	678	7
Hépatico-jéjunostomie transhépatique avec moule (Rodney Smith)	D	2577	786	12
Suture				
Fermeture de fistule	D	1146	423	7
Section 17 : Pancréas				
Incision				
Pancréatotomie	D	1147	425	7
Abcès ou kyste du pancréas	D	1148	500	7
Excision				
Pancréatectomie – totale	D	1149	1000	7
Excision locale de lésion	D	1150	407	7
Pancréatectomie distale et splénectomie	D	1153	407	7
Résection pancréatico-duodénale (opération de type Whipple)	D	1152	1000	12
Excision de kyste du pancréas	D	1153	407	7
Réparation				
Kysto-gastrostomie pancréatique (technique ouverte)	D	1154	510	7
Kysto-duodénostomie pancréatique (technique ouverte)	D	1155	510	7
Kysto-jéjunostomie pancréatique				
Latéro-latérale	D	1156	510	
En Y de Roux	D	2578	580	7
Jéjunostomie pancréatique longitudinale (Puestow)	D	2971	804	12
Marsupialisation de kyste	D	1157	425	7
Kysto-gastrostomie ou Kysto-duodénostomie par endoscopie	D	8139	250	6
Section 18 : Abdomen, péritoine et épiploon				
Introduction				
Pneumopéritoine	B	1168	31	
Endoscopie				
Péritonéoscopie (laparoscopie)	B	1169	150	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1169 n'est pas payable en supplément de procédures effectuées par voie endoscopique. Si une intervention laparoscopique est convertie en laparotomie, le code de service 1169 est payable comme une endoscopie diagnostique.***

Cautérisation/fulguration d'endométroise

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(ajout à 1169)		8083	40	
Lasérothérapie par laparoscopie				
Y compris la première ½ heure	D	2975	169	6
Chaque ¼ d'heure additionnel	D	2976	30	UD

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les honoraires de lasérothérapie comprennent les biopsies préparatoires. Le temps écoulé doit être indiqué sur la demande de paiement.***

Incision				
Laparotomie diagnostique avec découverte de cancer non résécable	B	1078	137	6
Laparotomie +/- biopsie	D	1158	192	6
Minilaparotomie	D	2990	137	6
Libération d'adhérences	D	1033	CS	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1033 ne s'applique qu'en cas de difficulté spéciale (voir le préambule des Actes chirurgicaux au chapitre 6, section 1). Normalement, aucun paiement ne se fait sous ce code de service quand les tarifs d'actes simultanés dépassent 192 unités.***

Polytraumatisme – laparotomie pour traumatisme aigu	D	2456	265	10
Laparotomie pour traitement postcancéreux ou pour détermination du stade d'une tumeur cancéreuse ovarienne	D	2954	400	7
Abcès péritonéal – drainage d'abcès sous-phrénique	D	1159	305	7
Abcès intra-abdominal, autre	D	1160	300	6
Drainage d'abcès de la paroi abdominale sous anesthésie générale	B	1161	46	6
Exérèse de corps étranger de la paroi abdominale				
Balle d'arme à feu	D	1162	CS	6
Exérèse de sutures infectées profondes (ne s'applique pas durant la période postopératoire au chirurgien qui a pratiqué l'opération)	D	2188	92	6
Débridement de plaies (effectué sous anesthésie Générale ou par blocage nerveux majeur), Par 15 minutes	D	8090	50	6
Excision				
Tumeur desmoïde, selon l'étendue	D	1163	CS	6
Omentectomie (liée au cancer) avec chirurgie majeure, en supplément	D	2991	96	UD
Omphalectomie plastique	D	1164	92	6
Lipectomie, ablation de pannicule	D	1165	693	10

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Abdominoplastie : Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***				
Tumeur rétropéritonéale	D	1166	370	6
Kyste du mésentère	D	1167	231	6
Réparation				
Herniotomie et herniorraphie				
Hernie inguinale ou crurale				
Unilatérale	D	1170	250	6
Bilatérale	D	1171	369	6
Bilatérale – une première, une récidivante	D	2579	424	6
Réparation de hernie congénitale avec hydrocèle				
Un côté	D	1172	254	6
Les deux côtés	D	2580	370	6
Hernie inguinale et crurale – même côté	D	1173	254	6
Hernie par glissement	D	1174	254	6
Réparation inguinale ou crurale par prothèse ou greffe	D	1175	254	6
Hernie récidivante	D	1176	305	6
Bilatérale	D	2581	424	6
Réparation de hernie récidivante par prothèse ou greffe	D	1177	339	6
Abord prépéritonéal pour réparation d'hernie inguinale	D	2582	254	6
Hernie ombilicale				
Adulte	D	1178	254	6
Enfant	D	1179	169	6
Entérocèle – nourrisson	D	1180	254	10
Omphalocèle – nourrisson	D	1181	339	10
Hernie diaphragmatique	D	1182	424	12
Avec prothèse	D	1183	465	12
Réparation transabdominale de rupture diaphragmatique	D	977	500	13
Hernie incisionnelle ou ventrale				
Réparation par suture	D	1184	305	6
Réparation par prothèse	D	1185	339	6
Hernie incisionnelle ou ventrale récidivante	D	2583	365	6
Avec prothèse	D	2584	400	6
Réparation d'hernie ventrale lors de la même séance qu'un acte intra-abdominal définitif, en supplément	D	2585	153	UD
Séparation des composants réparation d'une hernie compliquer recurrant avec mesh	D	8127	800	12

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1184, 1185 et 2585 s'appliquent aussi à la réparation d'un diastasis des grands droits dépassant 5 cm.***				
Hernie épigastrique	D	1186	185	6
Étranglement ou incarcération herniaire				
Sans résection	D	1187	339	6
Avec résection	D	1188	500	6
Suture				
Fermeture secondaire pour éviscération	D	1189	154	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 13 : SYSTÈME ENDOCRINIEN

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

Section 1 : Thyroïde

Incision				
Abcès, soins complets	D	1190	92	6
Excision				
Biopsie aspiration à l'aiguille fine	B	1754	31	6
Ponction				
Biopsie chirurgicale	D	1192	185	6
Thyroïdectomie				
Thyroïdectomie totale bilatérale	D	1193	550	8
Lobectomie totale	D	1194	400	8
Isthmectomie/Lobectomie partielle	D	1196	305	8
Si l'un des actes suivants est accompagné de l'un des actes 1193, 1194 ou 1196, ajouter :				
Évidement ganglionnaire localisé				
Unilatéral	D	1198	101	UD
Bilatéral	D	1199	204	UD
Évidement cervical radical unilatéral	D	1200	296	14

Section 2 : Parathyroïde, thymus et glandes surrénales

Excision				
Parathyroïdectomie pour hyperplasie	D	1201	500	10
Tumeur de parathyroïde	D	1202	438	10
Si une sternotomie médiane s'impose	D	1203	508	12
Thymectomie	D	1204	508	12
Exploration surrénale unilatérale	D	1205	254	10
Tumeur surrénale fonctionnelle (phéochromocytome)	D	1223	308	17
Surrénalectomie unilatérale	D	1206	900	10
Laparoscopique	D	8613	900	10
Marsupialisation de kyste rénal par laparoscopie	D	8094	545	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 14 : ACTES DE CHIRURGIE UROLOGIQUE

Voir la légende au 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 périnephrium

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	13
Néphrectomie partielle laparoscopique	D	8607	1000	13
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-uretérectomie avec résection de la jonction				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1815 est payable une fois par rein. Sur une demande de paiement électronique, veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service droit ou gauche. Si le modificateur de service n'est pas disponible dans votre logiciel de facturation de tierce partie, veuillez indiquer gauche ou droit dans le champ destiné au diagnostic ou aux commentaires.***

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

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1732 est payable une fois par rein. Sur une demande de paiement électronique,***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service droit ou gauche. Si le modificateur de service n'est pas disponible dans votre logiciel de facturation de tierce partie, veuillez indiquer gauche ou droit dans le champ destiné au diagnostic ou aux commentaires.				
Bassinet 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 périurétéraux	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

Chapitre 14 : Actes de chirurgie urologique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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: Code de service 1266 comprend cathétérisme des uretères, calibrage des uretères, injection de substance opaque pour pyélographie et urétéro- graphie (pyélographie par voie rétrograde), prises d'urine urétérale (épreuve fonctionnelle individuelle, épreuve de Howard, épreuves fonctionnelles intraveineuses), urétéroscopie, calibrage et dilatation de l'urètre, ainsi qu'un examen bimanuel. Ce service aussi comprend électrocoagulation simple de tumeurs et d'ulcère vésical de Hunner, résection du col vésical chez la femme, méatotomie électrochirurgicale de l'orifice urétéral, extraction de corps étranger ou de calcul, évacuation de caillot et biopsie. La méatotomie simple, la dilatation de l'urètre, etc., au besoin, sont comprises dans ce service.***

☞ ***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	6
Multiple	D	1275	339	6
Litholapaxie et extraction de fragments	D	1280	185	6
Insertion de moule ou cathéter urétéral	D	1753	231	6
BCG/chimiothérapie de la vessie par cathéter avec drainage et enlèvement	C	8099	55	6
Neurostimulateur rachidien pour dysfonction vésicale				

Chapitre 14 : Actes de chirurgie urologique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
Cystotomie percutanée et/ou insertion d'une sonde sus-pubienne	B	1284	54	6
Cystolithotomie	D	1285	154	6
Excision				
Urétérocélectomie	D	1286	231	6
Avec réimplantation de l'uretère	D	1287	620	6
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

Chapitre 14 : Actes de chirurgie urologique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
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 dilatateurs	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
Urétrectomie totale	D	1985	308	6
Réparation				
Implantation de sphincter urinaire artificiel/suspension pour homme	D	1207	500	6
Enlèvement de bandelette de suspension pour homme	D	8096	330	6
Ajustement de bandelette de suspension pour homme	D	8097	100	6
Suspension urétro-vésicale pour incontinence d'effort	D	1329	277	6
Suspension vésicale par laparoscopie	D	8341	356	6
Suspension par bandelette aponévrotique	D	8600	550	6

Chapitre 14 : Actes de chirurgie urologique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Bandelette sous-urétrale artificielle – femmes seulement	D	8251	408	6
Urétroplastie	D	1987	CS	6
Type johanson - chaque étape	D	2298	310	6
Uréthroplastie 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

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	6
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 urétro-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	D	8602	350	6
Excision de plaque (La Peyronie), en supplément		8601	194	UD

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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				

Chapitre 15 : Appareil Génital Masculin	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(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	6
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.***

Chapitre 15 : Appareil Génital Masculin	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Résection/ablation transurétrale	D	1394	427	6
Résection/incision du col vésical				
Enfant	D	1397	153	6
Adulte	D	1397	254	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

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	98	
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	98	

☞ ***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
Césariennes	D	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	450	7
Naissances multiples, accouchements vaginaux ou par césarienne – par naissance additionnelle, ajouter.....		1413	226	UD
Réparation de déchirures périnéales, cervicales ou vaginales				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(pendant l'accouchement) – consultation et acte	D	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
Manuelle	D	1479	115	6
Induction mécanique ou médicale du travail – consultation et acte, une ou plusieurs tentatives	C	1409	130	6
Tentative d'AVAC (réussie ou non) (obs./gyn. uniquement)	C	8118	150	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Code de Service 8118 est 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
Pour un col utérin ouvert de 2 cm ou plus	D	8387	185	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 laminaire	A	2083	23	
Prélèvement prénatal sur le cuir chevelu (pH), tarif global du premier prélèvement et des prélèvements subséquents	B	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				
Hyménectomie	C	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 Word	C	1419	38	6
Marsupialisation (sous anesthésie locale ou générale) ou cautérisation	D	1420	100	6
Excision				
Destruction superficielle au laser de lésions de la vulve				
Vulvectomie				
Simple	D	1421	185	6
Radicale				
Sans évidement ganglionnaire inguinal	D	1422	269	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(gyn.-oncologie uniquement)				
Avec évidement ganglionnaire inguinal	D	1423	462	6
(gyn.-oncologie uniquement)				
Kyste de la glande de Bartholin	D	1424	150	6
Condylomes	D	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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 périnéorraphie) ou réparation entérocèle	D	9023	174	6
Deux actes différents de réparation antérieure ou de réparation postérieure (inclut la périnéorraphie) ou réparation entérocèle	D	9024	300	6
Trois actes différents – Réparation antérieure, réparation Postérieure (inclut la périnéorraphie), et réparation entérocèle	D	9025	348	6
Réparation antérieure ou postérieure avec filet chirurgical, ajouter		8173	200	UD
Périnéorraphie / 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 <u>uniquement</u> 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 entérocèle)	D	2973	450	7
Sacrocolpopexie laparascopique (inclut la culdoplastie / la réparation entérocèle)	D	9026	500	7
Fixation sacro-vertébrale vaginale (inclut AR ou PR/ périnéorraphie et ER)	D	8176	450	6
Urogynécologie				
Colposuspension de Burch, MMK, réparation paravaginale	D	1444	277	6
Bandelette sans tension (inclut la cystoscopie)	D	8251	408	6
Cystoscopie diagnostique/thérapeutique	B	1266	100	6

☞ ***Note de l'assurance-maladie: Code de service 1266 comprend cathétérisme des uretères, calibrage des uretères, injection de substance opaque pour pyélographie et urétéro- graphie (pyélographie par voie rétrograde), prises d'urine urétérale (épreuve fonctionnelle individuelle, épreuve de Howard, épreuves fonctionnelles intraveineuses), urétéroscopie, calibrage et dilatation de l'urètre, ainsi qu'un examen bimanuel. Ce service aussi comprend électrocoagulation simple de tumeurs et d'ulcère vésical de Hunner, résection du col vésical chez la femme, méatotomie électrochirurgicale de l'orifice urétéral, extraction***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

de corps étranger ou de calcul, évacuation de caillot et biopsie. La méatotomie simple, la dilatation de l'urètre, etc., au besoin, sont comprises dans ce service.

Insertion d'un cathéter suprapubien	D	9028	115	6

☞ ***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 périnéorraphie)	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	20	
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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				
Hystéroscopie – Diagnostique, +/− D et C, +/− biopsie	B	2977	100	6
Hystéroscopie thérapeutique (inclut la polypectomie)	D	2978	162	6
Résection hystéroscopique 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 2977 et 2978 ne sont pas payables avec les codes 1835 ou 1836.***

Biopsie de l'endomètre	B	1470	20	6
Hystérosalpingographie	B	2164	63	
Sonohystérogramme salin	B	8075	63	6
Stérilet				
Insertion	B	1472	25	6
Enlèvement	B	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), ajouter		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	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***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 curetage	B	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
Dans les 30 jours suivant une colposcopie ou conisation	B	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 condylomes	C	2351	30	6
Biopsie du vagin, du col de l'utérus ou de la vulve	B	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 vagin	D	9027	100	6
Insertion de radium – par application	D	1484	154	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	6
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
Compliquée	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

Chapitre 17 : Actes de neurochirurgie	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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,				

Chapitre 17 : Actes de neurochirurgie	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
lobectomie, abcès	D	1551	769	15
Pour lésion vasculaire (anévrisme, malformation artério-veineuse, fistule)	D	9038	692	15
Réparation crânienne de l'écoulement du liquide céphalorachidien	D	1758	850	15
Pour une biopsie du cerveau	D	1556	616	15
Ostéotomie orbito-zygomatique, en supplément		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 cérébrale	D	8750	1700	15
Voie d'abord endoscopique				
Résection par voie endonasale transphénoïdale de				
Tumeur de l'hypophyse	D	9044	1160	15
Lésion médiane/paramédiane	D	9045	984	15
Réparation de l'écoulement du liquide céphalorachidien	D	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	D	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 Chiari	D	9054	487	15

Chapitre 17 : Actes de neurochirurgie	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Décompression de la malformation de Chiari et laminectomie cervicale	D	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				
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	6
Application des pinces à traction squelettique crânienne	D	1541	250	6
Excision de méningocèle	D	1582	308	12

Chapitre 17 : Actes de neurochirurgie	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision de myéloméningocèle ou encéphalocèle	D	1583	462	12
Myélotomie unilatérale ou bilatérale	D	2369	539	8
Traitement de radiochirurgie stéréotaxique	D	9061	616	15
Section 9 : Neurochirurgie fonctionnelle (comprend la douleur, l'épilepsie et les troubles moteurs)				
Stimulation du nerf occipital				
Intervention en une étape				
Une électrode	D	9062	995	8
Deux électrodes	D	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) rechargeable	D	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 postérieure	D	1580	462	8
Pour rhizotomie en cas de torticolis spasmodique, y compris le nerf spinal	D	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 épinière	D	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 vague	D	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 profondeur	D	1563	616	15
Lobotomie	D	1565	231	15
Section 10: Colonne vertébrale				
Préambule :				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

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,				

Chapitre 17 : Actes de neurochirurgie	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 % (abord 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				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.***

Postérieure, 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 craniosquelettique	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				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 18 : OPÉRATIONS DE L'OEIL

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

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Aucun tarif n'est payable en supplément pour l'emploi d'un microscope opératoire dans l'exécution des actes ophtalmologiques.***

Section 1 : Ablation chirurgicale de l'œil

Éviscération du contenu oculaire				
sans prothèse	D	1646	192	6
Avec prothèse +/- attachement des muscles	D	1647	231	6
Énucléation du globe oculaire				
sans prothèse	D	1643	192	6
Avec prothèse +/- attachement des muscles	D	1644	231	6
Actes secondaires relatifs à la prothèse	D	1645	154	6
Prélèvement des yeux d'un donneur	C	2470	80	
Prélèvement de la collerette cornéo-sclérale	C	2994	154	
Conservation de tissu cornéen	C	2995	115	

Section 2 : Exentération de l'orbite +/- greffe cutanée

Évidement de la cavité orbitaire +/- greffe cutanée	D	1660	462	6
Avec exérèse curative d'os orbitaire	D	1661	616	6
Avec greffe de muscle temporal	D	2189	462	6

Section 3 : Opérations de muscles extraoculaires

Opérations pour strabisme – un ou plusieurs muscles	D	1655	600	6
Opérations subséquentes, dans les trois mois	D	1656	115	6
Biopsie	D	2190	231	6
Exérèse de lésion	D	2191	231	6
Réparation de muscles à la suite de traumatisme	D	2192	231	6

Section 4 : Autres opérations de l'orbite

Abcès orbitaire, incision et drainage	D	1657	154	6
Exploration orbitaire	D	1658	385	6
Exérèse de tumeur ou lésion orbitaire	D	1659	385	6
Orbitotomie avec exérèse de corps étranger intraorbitaire	D	1662	231	6
Injection rétro-orbitaire	C	1663	38	
Réduction de fracture du plancher de l'orbite +/- plastie du plancher	D	2241	269	8
Rebord orbitaire				
Réduction fermée	D	2193	115	6
Réduction chirurgicale	D	2194	231	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 5 : Paupières				
Épilation pour trichiasis	A	1624	8	
Électrolyse et/ou cryothérapie	C	1625	23	6
Injection de toxine botulinique pour traitement de blépharospasme	C	2992	50	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les spasmes reliés au strabisme et à l'entropion sont inclus dans le code de service 2992.***

☞ ***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.***

Abcès, incision et drainage	C	1626	15	6
Chalazion ou kyste du tarse				
Anesthésie locale	C	1627	125	
Anesthésie générale	C	2415	38	6
Section de la commissure par canthotomie, avec sutures	C	1628	23	6
Toute opération plastique de la paupière ou de l'orbite				
Mineure	D	1630	48	6
Majeure	D	1631	318	6
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur	D	2266	225	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Blépharoplastie : Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

Tarsorraphie	D	2195	115	6
Réparation d'ectropion ou entropion				
Simple, opération de Ziegler	C	2267	38	
Raccourcissent horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent	D	2268	150	6
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets				
1/3 de la paupière ou moins	D	2271	150	6
Plus de 1/3 de la paupière	D	2272	385	6
Réparation de blessure de la paupière				
Réparation de lacération	D	2227	46	6
Réparation, épaisseur totale	D	2196	154	6
Section 6 : Appareil lacrymo-nasal				
Dilatation, sondage ou irrigation,				
Un côté	A	1633	15	
Les deux côtés	A	1634	23	

Chapitre 18 : Opérations de l'oeil	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Sondage du canal lacrymal, uni ou bilatéral – anesthésie générale	C	1635	49	6
Abcès du sac lacrymal – incision	C	1636	38	6
Dacryocystectomie	D	1637	231	6
Dacryocystorhinostomie	D	1638	500	6
Excision de glande lacrymale	D	1639	231	6
Intubation du conduit lacrymo-nasal	C	1640	54	6
Réparation de canalicule déchiré	D	1641	231	6
Conjonctivorhinostomie +/- tube	D	2197	308	6
Réparation de fistule	D	2198	269	6
Opération mineure de point lacrymal	C	2199	23	6
Injection pour radiographie	C	2277	23	
Section 7 : Conjonctive				
Injection sous-conjonctivale ou sous la capsule de Tenon	A	1601	15	6
Suture de plaie	C	1602	23	6
Exérèse de ptérygion	D	1603	102	6
Péritomie	D	1604	54	6
Biopsie de la conjonctive	B	1605	54	6
Grattage de la conjonctive pour granulations trachomateuses	C	1606	23	6
Expression de granulations de la conjonctive	C	1607	23	6
Lambeau de Gunderson	D	1608	269	6
Lambeau conjonctival en tirant de bourse	D	1609	115	6
Greffe libre de la conjonctive	D	1610	77	6
Par muqueuse buccale	D	1611	115	6
Excision de lésion maligne de la conjonctive	D	2296	154	6
Avec greffe	D	2297	231	6
Section de symblépharon	D	2374	154	6
Extraction de corps étranger sous-conjonctival	C	2385	23	6
Reconstruction de cul-de-sac +/- greffe	D	2386	231	6
Incision et drainage	C	2387	38	6
Section 8 : Sclérotique				
Toute plaie perforante +/- prolapsus	D	1621	500	6
Réparation de staphylome	D	2388	308	6
Section 9 : Cornée				
Cautérisation d'ulcère cornéen – chimique, thermique, électrique ou mécanique	C	1612	15	6
Plaie perforante de la cornée +/- prolapsus de l'iris	D	1613	500	6
Paracentèse de l'humeur aqueuse	C	1614	38	6
Kératectomie superficielle	D	1615	231	6
Kératoplastie lamellaire	D	1616	385	6

Chapitre 18 : Opérations de l'oeil	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Kératoplastie pénétrante	D	1617	619	6
Greffe pénétrante associée à l'extraction de cataracte	D	2389	600	6
Kyste dermoïde	D	1618	115	6
Kératotomie	C	1619	38	6
Extraction magnétique de corps étranger profond de la cornée	C	1620	38	6
Biopsie	B	2390	54	6
Grattage diagnostique	C	2395	15	6
Traitement à l'AEDT ou agent semblable	C	2396	23	6
Section 10 : Opérations du glaucome				
Sclérotomie postérieure (acte isolé)	D	2397	115	6
Trabéculectomie	D	2469	750	6
Iridotomie, iridectomie ou autre traitement chirurgicale du glaucome	D	1622	245	6
Section 11 : Opération intraoculaire				
Lasérothérapie autre que la rétine **Ne s'applique pas à la correction réfractive**	D	1814	232	6
Corps étranger intraoculaire (toute forme)	D	1642	310	6
Section 12 : Opération de la cataracte				
Cataracte, adulte, toute forme, incluant les luxations	D	1648	442	6
Cataracte congénitale ou précoce – acte initial	D	1649	442	6
Opération subséquente à l'aiguille	C	1650	77	6
Capsulectomie en acte isolé	D	1651	346	6
Extraction de cataracte avec implantation de lentille intraoculaire, en une étape	D	2398	434	6
Implantation tardive de lentille intraoculaire	D	2399	375	6
Ablation de lentille intraoculaire	D	1672	257	6
Remplacement chirurgical de lentille intraoculaire luxée	D	1673	257	6
Section 13 : Autres opérations de la chambre antérieure de l'œil				
(Autres que les opérations de la cornée et les opérations du glaucome ou de la cataracte)				
Libération d'adhérences dans la chambre antérieure	D	2400	115	6
Exérèse de tumeur de l'iris	D	1623	154	6
Exérèse de lésion par (irido) cyclectomie	D	2405	CS	6
Exérèse de prolifération épithéliale	D	2406	CS	6
Révision à l'aiguille après trabéculectomie	C	8082	100	

Chapitre 18 : Opérations de l'oeil	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 14 : Rétine				
Rétinopexie – toute méthode	D	1653	616	6
Exérèse de bande encerclante +/- implant scléral	D	2371	150	6
Exérèse d'implant scléral – en acte isolé (non payable en supplément de la chirurgie majeure)	D	2372	115	6
Cryothérapie de la rétine, pour toute indication	D	1654	300	6
Lasérothérapie de la rétine	D	1813	286	6
Ne s'applique pas à la correction réfractive				
Injection intraveineuse de fluorescéine				
Sans photographie	B	2407	23	
Avec photographie du fond de l'œil, sans interprétation	B	2408	38	
Avec photographie du fond de l'œil et interprétation	B	281	58	
Angiographie, interprétation seulement	B	284	26	
Section 15 : Corps vitré				
Aspiration/injection d'humeur vitrée	C	1652	92	6
Discission de la membrane hyaloïde antérieure et/ou de fibrose du corps vitré	C	2409	77	6
Vitrectomie				
Antérieure	D	2410	231	6
Postérieure	D	2040	611	8

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 19 : OPÉRATIONS DE L'OREILLE

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

Section 1 : Oreille externe

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Incision				
Drainage d'abcès ou d'hématome du pavillon ou du conduit auditif externe	B	1664	59	6
Drainage d'hématome étendu du pavillon de l'oreille avec anesthésie générale	D	1769	115	6
Excision				
Biopsie de l'oreille	B	1665	15	
Excision de lésion de l'oreille	B	1666	59	6
Excision complète de l'oreille – amputation de l'oreille	D	1667	115	6
Excision radicale de lésion maligne du conduit auditif externe	D	1668	308	6
Endoscopie				
Enlèvement de cérumen		HV		
Nettoyage microscopique du conduit auditif (chapitre 3, section 1.2.2)	B	8876	31	6
Otoscopie avec exérèse de corps étranger ou de tubes de myringotomie du conduit auditif externe	C	1669	15	
Sous anesthésie générale	C	1670	38	6
Réparation				
Otoplastie – correction de malformation de l'oreille, unilatérale (moins de 18 ans)	D	1671	318	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Otoplasties chez un adulte – voir le préambule des actes de chirurgie plastique au chapitre 20.***

Reconstruction de l'oreille pour microtie ou perte de l'oreille				
Partielle				
Première étape	D	2273	154	6
Étapes subséquentes	D	2274	154	6
Totale				
Étape majeure	D	2275	231	6
Étape mineure	D	2276	154	6
Maximum			616	
Excision en coin et reconstruction	D	2280	115	6
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	6

Chapitre 19: Opérations de l'oreille	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Fistule préauriculaire				
Simple	D	2282	77	6
Compliquée ou récidivante	D	2283	154	6
Construction d'un conduit auditif pour atrésie congénitale				
Sans mastoïdectomie	D	1674	539	6
Avec mastoïdectomie	D	1675	616	7
Exérèse d'exostose du conduit auditif	D	2042	231	6
Section 2 : Oreille moyenne				
Incision				
Myringotomie, tympanotomie, plicotomie (sans soins postopératoires)				
Unilatérale	B	1676	23	6
Bilatérale	B	1677	46	6
Myringotomie, (microscopie peropératoire) et insertion de prothèse				
Un côté	B	1678	44	6
Deux côtés	B	1679	88	6
Excision				
Mastoïdectomie, simple, unilatérale	D	1680	231	7
Radicale ou radicale modifiée, unilatérale	D	1681	385	7
Nettoyage microchirurgical d'une cavité mastoïdienne	C	1735	98	6
Réparation				
Tympanotomie avec réparation de fistule de la fenêtre ronde et fermeture	D	1768	325	7
Révision d'une cavité mastoïdienne	D	1684	385	7
Mobilisation de l'étrier	D	1685	385	7
Stapédectomie	D	1686	539	7
Décompression du nerf facial	D	1687	462	7
Greffe du nerf facial	D	1688	539	7
Exploration de l'oreille moyenne	D	1689	231	7
Section 3 : Oreille interne				
Incision				
Labyrinthotomie – tout genre	D	1690	385	7
Excision				
Labyrinthectomie	D	1691	462	7
Réparation				
Fenestration de canal semi-circulaire	D	1692	385	7
Révision d'opération de fenestration	D	1693	385	7

Chapitre 19 : Opérations de l'oreille	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Dérivation endolymphatique (House)	D	1694	CS	7
Décompression du sac endolymphatique	D	1736	539	7
Myringoplastie	D	1695	231	7
Reconstruction des osselets				
Sans myringoplastie	D	1696	308	7
Avec myringoplastie	D	1697	385	7
Tympanoplastie	D	1698	539	7
Réparation tympano-mastoïdienne (mastoïdectomie plus tympanoplastie +/- musculoplastie)	D	1699	616	7

CHAPITRE 20 : ACTES DE CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Section 1 : Préambule

1. Voir dans le préambule des Actes chirurgicaux (chapitre 6), les règles concernant le paiement des actes multiples.
2. La période postopératoire de la chirurgie plastique est de 30 jours; les honoraires prévus comprennent les soins complets pendant cette période, y compris le traitement de toutes les complications des interventions exécutées.
3. La chirurgie exécutée à des fins esthétiques n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie. Il s'ensuit que les frais d'anesthésie et d'hospitalisation se rapportant à ces actes ne sont pas des services assurés.

   De façon plus précise, voici des exemples de services qui sont non payables :
   a) Transplantation de cheveux
   b) Rhytidectomie
   c) Exérèse de xanthélasma
   d) Dermabrasion au laser à fin esthétique
   e) Exérèse de tatouage sauf en cas de complications tardives
   f) Otoplastie chez un adulte sauf après traumatisme
   g) Blépharoplastie esthétique
   h) Rhinoplastie esthétique
   i) Mastopexie
   j) Mammoplastie d'augmentation à des fins esthétiques
   k) Abdominoplastie esthétique
   l) Liposuccion esthétique

4. Les révisions chirurgicales d'interventions exécutées à des fins esthétiques (non-assurées) ne sont pas des services assurés :

   Si une patiente a subi une mammoplastie d'augmentation à la suie de laquelle s'est développée un contracture des seins ou une rupture d'implant, ni le retrait des prothèses mammaires, ni l'implantation de nouvelle prothèses ne pourront être facturés a l'Assurance-maladie.

   La correction d'une asymétrie mammaire ou du complexe mamelon-aréole après une opération de chirurgie esthétique ne peut être facturée à l'Assurance-maladie.

5. La chirurgie plastique exécutée autrement qu'à des fins esthétiques pour corriger les effets d'un traumatisme, de brûlures ou d'une infection, ainsi que l'excision chirurgicale de lésions pour traitement ou diagnostic est admissible aux prestations.

La période de temps depuis l'événement causal ainsi que l'âge du patient sont pris en considération dans la détermination de l'admissibilité dans des cas particuliers. Dans le cas de cicatrices acnéiques, le temps écoulé depuis l'accalmie de l'affection est considéré.

6. La chirurgie congénitale plastique commencée avant l'âge de 18 ans pour la correction de malformations d'ordre esthétique 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 limite d'âge :
   a) Difformités de croissance causant une fissure labiale
   b) Anomalies de croissance
   c) Chirurgie de gynécomastie pour tumeur ou incapacité fonctionnelle majeure

Des exceptions précises sont énumérées à l'article 3. Il n'y a aussi aucune limite d'âge pour la correction des effets d'un traumatisme au nez.

7. Avant de fournir le service, lorsqu'il existe un doute raisonnable quant à l'admissibilité de la chirurgie aux prestations d'assurance-maladie, le médecin doit présenter une demande écrite à l'Assurance-maladie afin de déterminer si la chirurgie proposée est assurée. Il existe une formule de demande à cet effet (voir au http://www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp).

8. Blessures iatrogéniques – Voir chapitre 3, section 1.2.12

Section 2 : Greffes cutanées et greffes par glissement

2.1 Greffes par glissement

Les honoraires suivants s'appliquent à des situations exigeant des techniques prolongées d'excision ou de réparation, notamment : plasties en Z, rotation de lambeau, lambeaux locaux pédiculés, etc., qui sont d'usage courant en chirurgie plastique et reconstructrice pour obtenir les meilleurs résultats fonctionnels. Les honoraires prévus comprennent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lésions compliquées.

Les lambeaux multiples sont des greffes par glissement ou plasties en Z requises pour fermer un défaut unique ou une région unique.

Ces honoraires s'appliquent à des actes majeurs, p. ex. : contracture articulaire, et non à la fermeture simple d'une plaie, au décollement des berges d'une plaie, etc.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Quand des actes moins importants de ce genre sont requis, on doit facturer selon un tarif rectifié.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement d'assurance-maladie doivent indiquer la dimension et le siège de la lésion, ainsi que le genre de réparation.***

Greffe unique par glissement	D	2200	200	6
Avec greffe cutanée libre au défaut résultant	D	2201	260	6
Multiple [(1)]	D	2202	320	6
Avec greffe cutanée libre au défaut résultant	D	2203	361	6
Sourcil et paupière, lèvre, oreille, nez, mamelon				
Unique	D	2204	241	6
Multiple [(1)]	D	2205	320	6

[(1)] Même région fonctionnelle

2.2 Greffes à distance

Membre supérieur, première étape (chaque étape				
additionnelle, 50 % en supplément)	D	2206	277	6
Avec greffe cutanée à la région donneuse	D	2207	320	6
Membre inférieur, première étape, plâtre inclus				
(chaque étape additionnelle, 50 % en supplément)	D	2208	415	6
Avec greffe cutanée à la région donneuse	D	2209	462	6
Greffes indirectes – en tube et par pontage				
Première étape	D	2865	277	6
Avec greffe cutanée libre	D	2866	393	6
Chaque étape additionnelle	D	2867	208	6
Avec greffe cutanée libre	D	2868	324	6
Greffe musculaire pédiculée, incluant greffes				
cutanées	D	612	420	6
Lambeau neurovasculaire pédiculé	D	805	500	10

2.3 Reconstruction – tête et cou

Première étape avec lambeau delto-pectoral,				
incluant revêtement du lambeau	D	2210	462	12
Deuxième étape, lambeau delto-pectoral	D	2211	231	9

Section 3 : Greffes cutanées

Les honoraires des greffes cutanées comprennent le prélèvement et l'application des greffons, y compris les autogreffes réfrigérées.

On peut facturer les xénogreffes et homogreffes à 50 % du tarif applicable.

D'épaisseur totale				
Paupière, nez, lèvres, aréole – traitement complet	D	2212	231	6
Bout du doigt – traitement complet	D	2007	77	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Doigt, plus d'une phalange – traitement complet	D	2213	154	6
D'épaisseur partielle				
Région non fonctionnelle – surface recouverte				
Moins de 6,25 cm^2 (1 po^2)	D	2214	54	6
Moins de 62,5 cm^2 (10 po^2)	D	2215	115	6
Moins de 625 cm^2 (100 po^2)	D	2216	231	6
Chaque surface additionnelle de 6,25 cm^2 (1 po^2)	D	2217	3	UD
Région fonctionnelle				
Articulations importantes ou main – traitement immédiat	D	2218	231	6
Traitement secondaire incluant excision du tissu cicatriciel	D	2219	385	6
Tête et/ou cou – moins de 62,5 cm^2 (10 po^2)	D	2220	154	6
De 62,5 à 187,5 cm^2 (de 10 à 30 po^2)	D	2221	231	6
Plus de 187,5 cm^2 (30 po^2)	D	2222	539	6
Greffes dans une cavité				
Orbite, incluant greffe muqueuse	D	2223	308	6
Nez	D	2224	231	6
Bouche	D	2225	308	6
Opération pour absence congénitale de vagin – chirurgie plastique et soins postopératoires	D	2226	308	6
Cavité périnéale/rectale	D	2295	308	6
Cavité osseuse importante, jusqu'à 7,5 cm	D	580	463	6

3.1 Prothèses gonflables de distension cutanée

Insertion de prothèse gonflable de distension cutanée – tête, cou, couvrant une articulation importante ou pour myéloméningocèle	C	2315	462	6
Sein ou autre région	C	2311	308	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Chaque insertion de prothèse gonflable additionnelle durant la même séance opératoire est payable à 75 % du tarif prévu s'il s'agit de régions différentes ou des deux côtés, ou à 50 % s'il s'agit de la même ou d'une région adjacente (p. ex. : face et cou du même côté; deux côtés de la colonne).***

Gonflement subséquent de prothèse gonflable de distension cutanée	C	2319	25	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Chaque gonflement de prothèse gonflable additionnel durant la même visite est payable à 50 % du tarif prévu.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 4 : Lésions cutanées, tumeurs superficielles, etc.				
Voir chapitre 7, section 1.2.				
Section 5 : Destruction au laser des lésions cutanées				
Voir chapitre 7, section 1.2				
Section 6 : Carcinomes				
Grande excision avant greffes cutanées, si elle se fait lors de différentes séances opératoires				
Tête et cou	C	373	92	6
Tronc et membres	C	374	66	6
Section 7 : Plaies				
Voir « Sutures » au chapitre 7, section 1.2.				
Section 8 : Brûlures				
Soins initiaux				
Brûlures mineures		388	HV	
Brûlures graves étendues	C	389	CS	
Débridement chirurgical de tissu nécrotique				
Initial – par 5 % de surface du corps	C	317	30	6
Subséquent – par 5 % de surface du corps	C	318	20	6
Excision tangentielle totale du tissu brûlé avant la greffe immédiate – à ajouter au tarif de greffe cutanée				
Premier 5 % de surface du corps, en supplément	C	319	100	6
Par 5 % additionnel de surface, en supplément	C	320	50	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Dans les cas de brûlures graves traitées dans les unités des grands brûlés, on peut facturer les honoraires de soins intensifs en utilisant les codes appropriés. Lorsque le patient n'est pas aux soins intensifs on peut facturer des honoraires de surveillance exclusive en utilisant le code de service 389. Les demandes de paiement employant le code de service 389 doivent indiquer l'endroit et le pourcentage de surface corporelle brûlée selon le degré de brûlure, ainsi que tout détail important sur l'état de santé du patient.***

Section 9 : Chéloïdes				
Injection intralésionnelle de cicatrice, par séance	C	381	28	
Surface étendue ou région fonctionnelle	C	382	CS	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 381 et 382 sont réservés aux spécialistes en chirurgie plastique et en dermatologie.***

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 10 : Joues				
Paralysie faciale				
Suspension statique	D	2251	308	6
Suspension dynamique	D	2252	385	6
Réparation mixte de paralysie faciale, plicature de muscles paralysés et résection ou paralysie de muscles suractifs	D	2253	385	6
Greffe musculaire combinée effectuée en une ou plusieurs étapes pour paralysie faciale	D	2254	539	6
Dermabrasion				
Moins de ¼ de la face	C	150	67	6
De ¼ à ½ de la face	D	151	200	6
Face entière	D	152	405	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La dermabrasion effectuée pour des raisons esthétiques n'est pas couverte. Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

Fistule salivaire – réparation du canal	D	932	192	6
Section 11 : Nez				
Élimination de bosse	D	2259	154	6
Reconstruction du bout, de l'aile ou de la columelle du nez	D	2260	269	6
Implant nasal				
Greffe osseuse	D	2261	308	6
Prothèse synthétique	D	2262	231	6
Septectomie, résection sous-muqueuse, incluant septoplastie, avec correction de difformité nasale	D	653	385	6
Rhinoplastie, traitement complet, incluant septectomie et greffes au besoin	D	660	462	8
Rhinoplastie frontale – soins complets	D	2263	539	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La rhinoplastie effectuée pour des raisons esthétiques n'est pas couverte. Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

Rhinophyma, complète, incluant greffes cutanées au besoin	D	650	154	6
Fractures nasales				
Sans réduction			HV	
Réduction fermée	D	420	77	6
Réduction chirurgicale	D	421	154	6

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 12 : Orbites				
Greffe osseuse à l'orbite				
Autologue	D	2264	308	6
Non autologue	D	2265	231	6
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur	D	2266	225	6
Réparation d'ectropion ou entropion				
Simple, opération de Ziegler, acte en cabinet	C	2267	38	
Raccourcissent horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent	D	2268	150	6
Chalazion ou autre lésion bénigne de paupière ou conjonctive	C	1627	125	
Élévation coronale ou bilatérale des sourcils	D	2180	320	6
Lambeau direct du sourcil, tarif global				
Première étape	D	2269	231	6
Deuxième étape	D	2270	115	6
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets				
1/3 de la paupière ou moins	D	2271	150	6
Plus de 1/3 de la paupière	D	2272	385	6
Section 13 : Oreilles				
Otoplastie – correction de malformation de l'oreille, unilatérale (moins de 18 ans)	D	1671	318	6
Reconstruction de l'oreille pour microtie ou perte de l'oreille				
Partielle				
Première étape	D	2273	154	6
Étape subséquente	D	2274	154	6
Total				
Étape majeure	D	2275	231	6
Étape mineure	D	2276	154	6
Maximum			616	
Drainage d'hématome	C	2278	38	6
Excision en coin et reconstruction	D	2280	115	6
Excision complète de l'oreille	D	1667	115	6
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	6
Fistule préauriculaire				
Simple	D	2282	77	6
Compliquée ou récidivante	D	2283	154	6
Section 14 : Bouche				
Biopsie	B	882	31	6
Excision de lésion simple	C	883	31	6

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision de grenouillette ou kyste dermoïde	D	886	92	6
Excision locale pour carcinome – plancher de la bouche, maxillaire inférieur, crête alvéolaire ou muqueuse buccale	D	887	139	6
Avec hémimandibulectomie	D	889	308	10
Fermeture de fistule oro-antrale				
Avec lambeau	D	892	231	6
Avec antrotomie radicale	D	893	269	6
Génioplastie pour reconstruction faciale				
Avancement en une étape	D	1701	130	6
Avancement en deux étapes	D	1702	162	6
Section 15 : Lèvres				
Biopsie	B	894	31	6
Rasage de la lèvre, vermillonectomie	D	895	154	6
Excision de lésion simple	C	896	31	6
Excision en V, muqueuse labiale	D	2284	115	6
Excision en V, sulcature	D	2285	192	6
Fissure labiale traumatique	D	391	192	6
Excision d'une moitié de la lèvre et reconstruction, en une ou plusieurs étapes	D	899	308	6
Excision totale de la lèvre et reconstruction, en une ou plusieurs étapes	D	901	462	6
Reconstruction d'Abbé, soins complets	D	2286	385	6
Réparation de fissure labiale, incluant réparation de difformité nasale				
Unilatérale				
En une étape	D	2287	350	8
En plusieurs étapes, maximum	D	2288	500	8
Bilatérale				
En une étape	D	2289	500	8
En plusieurs étapes, maximum	D	2290	625	8
Section 16 : Palais et luette				
Uvulectomie – acte isolé	C	919	52	6
Biopsie	B	920	31	6
Excision de lésion simple	C	921	46	6
Excision de lésion maligne avec reconstruction	D	2336	CS	6
Fissure palatine – réparation	D	923	269	8
Révision avec greffe osseuse	D	2291	308	8
Rallongement du palais et/ou lambeau pharyngé	D	925	346	8
Réparation de fistule palatine	D	2292	231	8

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 17 : Sein				
Reconstruction après mastectomie				
Insertion immédiate de prothèse, en supplément	D	2845	197	
Reconstruction du sein par prothèse et/ou tissus mous	D	2846	392	6
Reconstruction mammaire				
Par greffes ou lambeaux pédiculés	D	2900	641	6
Réparation/fermeture de paroi abdominale	D	8900	145	UD
Lambeau transverse du grand droit de l'abdomen inférieur (Drever)	D	352	573	6
Intervention secondaire ou révision	D	2848	392	6
Exérèse de prothèse	D	2849	92	6
Mammoplastie de réduction	D	411	535	6

Critères pour la mammoplastie de réduction :

a. Au minimum, 200 grammes doivent être retiré par sein.
b. Une approbation préalable doit être obtenue si moins de 200 grammes sont retirés.
c. Le poids doit être indiqué dans le champ du formulaire réservé au diagnostic (p. ex. gauche, 250 grammes; droite, 260 grammes)
d. Si, au cours d'un intervention, moins de 200 grammes sont retirés par sein, et que le médecin estime que la chirurgie est nécessaire d'un point de vue médical, un formulaire accompagné d'une lettre d'explication doit être soumis.

Mammoplastie d'augmentation	D	412	392	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La mammoplastie et la reconstruction du sein ne sont pas des actes assurés, à moins d'être effectuées autrement que pour des raisons esthétiques. Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1. La reconstruction effectuée après une mastectomie pour des raisons médicales n'est pas considérée comme d'ordre esthétique.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les révisions chirurgicales d'interventions exécutées à des fins esthétiques (non-assurées) ne sont pas des services assuré***

- ***Si une patiente a subi une mammoplastie d'augmentation à la suite de laquelle s'est développée une contracture des seins ou une rupture d'implant, ni le retrait des prothèses mammaires, ni l'implantation de nouvelles prothèses ne pourront être facturés a l'Assurance-maladie***
- ***La correction d'une asymétrie mammaire ou du complexe mamelon-aréole après une opération de chirurgie esthétique ne peut être facturée à l'Assurance-maladie***

Mastectomie avec masculinisation de la poitrine	D	8163	438	6

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Seuls les patients nés de sexe féminin âgés d'au moins 18 ans et dont la demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre (CCG) a été approuvée par le ministère de la Santé sont admissibles à la chirurgie. Veuillez cliquer sur le lien suivant pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'approbation préalable.***
http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/patients/content/ChirurgieConfirmationDeGenre.html

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La masculinisation de la poitrine comprend :***
a) la résection du parenchyme mammaire;
b) la réduction et le remodelage des lambeaux cutanés mammaires excédentaires;
c) la réduction et le repositionnement latéral de la plaque aréolo-mamelonnaire;
d) l'oblitération du pli inframammaire.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La masculinisation de la poitrine ne comprend pas les chirurgies complémentaires incluant, mais sans s'y limiter, la lipectomie d'aspiration de la paroi thoracique et de la région axillaire, car elles ont pour seul but d'accentuer le résultat esthétique de l'intervention.***

Une approbation préalable nouvelle du médecin-conseil de l'Assurance-maladie est requise pour toutes révisions.

Section 18 : Tronc

Ulcère de décubitus

Pour soins complets – excision de tout le tissu, y compris l'os, et tous les actes de réparation requis, notamment rotation de lambeau pour recouvrir le défaut primaire et applicable de greffons cutanés aux défauts secondaires.

Fermeture d'ulcère de décubitus sacré ou trochantérien				
N'exigeant pas d'excision osseuse	D	2293	320	6
Avec excision osseuse	D	2294	420	6
Lipectomie abdominale (en cas d'incapacité fonctionnelle seulement)				
avec réparation d'hernie	D	2337	924	10

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2337 s'applique aussi à la réparation de diastasis des grands droits au moyen d'un acte majeur comme la technique de Kiehl, un étagement sur deux plans ou une réparation d'aponévrose par chevauchement. Il faut dans chaque cas demander une autorisation préalable de l'Assurance-maladie afin de déterminer l'admissibilité à une prestation.***

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 19 : Organes génitaux				
Épispadias	D	1351	231	6
Hypospadias – première étape, incluant dérivation urinaire	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 urétro-cutanée	D	1355	254	6
Rétrécissement urétral, réparation en une étape avec dérivation	D	1321	277	6
En deux étapes				
Première étape	D	1322	139	6
Deuxième étape	D	1323	277	6
Urétroplastie (Johanson) – chaque étape	D	2298	310	6
Section 20 : Membres				
Pour lymphœdème des membres – opération de Kondoléon	D	869	277	6
Évidement radical – membre inférieur entier, soins complets	D	870	539	6
Opération de Thompson	D	2299	231	6
Membre supérieur				
Avant-bras	D	2299	231	6
Bras	D	2300	154	6
Membre supérieur entier, en une ou deux étapes, soins complets	D	2301	385	6
Membre inférieur				
Jambe	D	2302	385	6
Cuisse	D	2303	385	6
Membre inférieur entier, en une ou deux étapes, soins complets	D	2304	769	6
Excision d'ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
Une jambe	D	759	192	6
Les deux jambes	D	760	308	6
Excision d'ulcère variqueux et greffe cutanée				
Une jambe	D	762	123	6
Les deux jambes	D	763	185	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 21 : Main				
Syndactylie – première commissure, lambeaux localisés	D	2305	154	6
Greffes cutanées, libres ou pédiculées	D	2306	231	6
Lambeau direct d'épaisseur totale au doigt, tarif global	D	2008	115	6
Lambeau neurovasculaire pédiculé	D	2418	308	6
Section 22 : Réparations microchirurgicales				
Amputation complète : réimplantation				
Pouce	D	2880	1071	14
Doigt	D	2881	928	14
(maximum, pouce et/ou doigts : 2 463 unités)				
Main, devant inclure au moins 3 structures digitales	D	2882	2000	14
Avant-bras	D	2883	2000	14
Pied	D	2884	1786	14
Jambe	D	2885	1786	14
Amputation partielle : réparation microchirurgicale – payable selon les structures particulières, le tarif global ne devant pas dépasser 75 % du tarif de réparation après amputation complète	D	2886	CS	9
Microchirurgie – structure particulière				
Microchirurgie vasculaire – artère ou veine	D	2887	314	6
Microchirurgie nerveuse – neuroplastie, anastomose nerveuse	D	2888	314	6
Greffe nerveuse	D	2889	478	6
(greffe filamenteuse, ajouter 50 %) (multiples greffes filamenteuses éloignées payables à 75 % du tarif)				
Greffe libre de tissu cutané et sous-cutané vasculaire				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1843	766	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1844	810	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire	D	1845	810	14
Greffe libre de tissu cutané et sous-cutané innervé et vascularisé				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1846	900	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1847	900	14
Transplantation avec micro-anastomose neuro-vasculaire	D	1848	842	14
Greffe libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1849	766	14

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Préparation d'une zone receveuse	D	1850	810	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire	D	1851	766	14
Greffe libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé avec tendons et nerf				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1852	1036	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1853	1036	14
Transplantation avec micro-anastomose neurovasculaire et réparation de tendons	D	1854	1036	14
Greffe libre d'os vascularisé				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1855	716	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1856	810	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et fixation osseuse	D	1857	900	14
Greffe libre de tissu ostéo-musculaire ou ostéo-cutané vascularisé				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1858	918	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1859	918	14
Transplantation avec micro-anastomose, ostéotomies et fixation osseuse	D	1860	918	14
Greffe libre microvasculaire d'orteil ou de doigt				
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1861	918	14
Préparation d'une zone receveuse	D	1862	918	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et réparation des tendons, des nerfs et de l'os	D	1863	1080	14
Section 23 : Divers				
Réparation de méningocèle, soins complets	D	1582	308	8
Encéphalocèle ou myéloméningocèle	D	1583	462	8
Lors d'intervention en équipe, rôle du chirurgien plastique dans ce qui précède				
Lambeaux multiples +/- greffe	D	2326	269	8
Lambeau unique				
Avec greffe cutanée	D	2327	231	8
Sans greffe cutanée	D	2328	154	8
Excision de glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose, unilatérale	D	2329	269	6
Greffe dermograisseuse	D	2417	308	6
Lipome				
Lipectomie à l'aide de succion – petite surface	D	353	115	6
Surface étendue, ou tête, cou ou articulation	D	354	154	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞***Note de l'Assurance-maladie : Liposuccion esthétique : Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

☞***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement d'assurance-maladie comportant le code de service 354 doivent préciser les lésions, les dimensions, le siège,etc.***

Section 24 : Chirurgie du tatouage

(pour hémangiome, vitiligo, lentigo, etc.)

Face				
¼ ou moins	D	2330	77	6
¼ à ½	D	2331	154	6
Face entière	D	2332	231	6
Région non faciale				
Par surface de 6,25 cm^2 (1 po^2)	D	2333	38	6
62,5 cm^2 (10 po^2)	D	2334	77	6
625 cm^2 (100 po^2)	D	2335	154	6

☞***Note de l'Assurance-maladie : La chirurgie du tatouage pour des raisons esthétiques n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie. Pour déterminer l'admissibilité de la chirurgie proposée, voir le préambule des Actes de chirurgie plastique au chapitre 20, section 1.***

CHAPITRE 21 : ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

Les présents honoraires s'appliquent quand les actes sont exécutés par un médecin ou sous sa surveillance. Le coût des médicaments employés dans l'un ou l'autre de ces actes est en supplément.

☞***Note de l'Assurance-maladie : Le coût des médicaments est non payable par l'Assurance-maladie.***

☞***Note de l'Assurance-maladie : Voir chapitre 2, règle d'évaluation 13.***

Section 1 : Allergies

Hyposensibilisation				
Injection et évaluation initiales (chapitre 4, section 2.15.10)				
Injection incluant surveillance (sauf injection initiale et évaluation), par visite	C	1894	13	
Désensibilisation aiguë, (p. ex. : sérum antitétanique, pénicilline)	B	1892	8	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Tests, tout antigène, toute méthode, par test	B	1895	3	
Maximum par période de 6 mois : 30 tests			90	
Test de provocation d'injection et d'ingurgiter				
Test de provocation	C	8158	100	
Test(s) de provocation additionnelle(s), même visite, en supplément		8159	13	
Réanimation, si nécessaire, en supplément		8160	100	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Exige la formation de FRCPC en tant que spécialiste en immunologie clinique et allergie. Les internistes ayant la formation de FRCPC peuvent faire l'objet d'une CS.***

Aspiration (voir aussi injection de médicament)				
Abdomen – voir parenthèse				
Vessie	A	1899	15	
Kyste du sein	A	1900	15	
Bourse séreuse	A	1901	15	
Citerne basale	A	1902	23	
Duodénum – par intubation pour épreuve de sécrétion (après une heure, facturer en supplément selon le tarif de surveillance exclusive)	B	1903	38	
Hydrocèle	B	1368	8	
Articulation	A	1905	15	
Ponction lombaire	B	177	38	
Œsophage ou estomac, avec préparation du matériel en vue d'un examen cytologique	B	1907	15	
Péricarde – aspiration ou ponction-biopsie	A	1908	115	6
Kyste thyroïdien	A	1911	15	
Vaccination au B.C.G., incluant tests tuberculiniques requis	B	1914	8	
Arrêt cardiaque – surveillance des manœuvres de réanimation (incluant la cardioversion au besoin)	A	1725	77	
Services d'autres médecins (deux au plus)	A	1726	20	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service code 1725 ou 1726 représente le tarif global payable pour les services d'un médecin pendant l'urgence. Cependant, le médecin traitant ou le médecin consultant peut facturer des services dispensés le même jour à des moments différents en l'indiquant sur la demande de paiement.***

Interventions cardiologiques – voir Système cardiovasculaire au chapitre 10				
Cardioversion	B	1916	77	6
Cathétérisme de la trompe d'Eustache pour infiltration de l'oreille moyenne	A	1922	29	
Dialyse pour insuffisance rénale – insuffisance rénale aiguë				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
et intoxications chimiques, comprenant diagnostic, traitement, surveillance de la première dialyse et présence pendant les 24 premières heures	C	1923	462	
Chaque dialyse subséquente, ainsi que la surveillance et les soins associés	C	1924	308	
Dialyse pour insuffisance rénale chronique – début du régime de dialyse à domicile, incluant consultation, évaluation, conseils et règlement des problèmes, ainsi que la première dialyse (tout procédé)	C	1743	308	
Dialyse à l'hôpital (tout procédé), incluant les soins pendant la dialyse	B	1927	62	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1927 peut être facturé avec le code de service 8898, Clinique itinérante – 1er patient, ajout.***

Dialyse à domicile, tarif, hebdomadaire de traitement et de surveillance. Suivi par téléphone des patients recevant la dialyse à domicile effectué par des équipes de dialyse dirigés par un médecin dans le cadre d'une clinique ou en cabinet. Inapplicable en cas de paiement d'autres honoraires de dialyse pour la même semaine, par patient	B	1744	35	
Dilatation d'iléostomie ou de colostomie	A	1990	8	
Dilatation d'œsophage (chapitre 12, section 8)				
Courbe densimétrique de dilution de colorant, incluant acte et interprétation				
La première (par l'oreille)	B	1928	23	
Subséquente	B	1929	8	
La première (par une artère)	B	1930	38	
Subséquente	B	1931	15	
Électrocardiographie **(voir *chapitre 2*, règle d'évaluation 15)**				
Acte avec interprétation				
En cabinet	B	1932	20	
À domicile	B	1933	23	
Avant et après effort	B	1934	23	
Simple interprétation, en cabinet	B	1935	8	

L'interprétation des tracés exécutés a l'hôpital est payée à 5,00 $ pour toutes les interprétations ECG.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les électrocardiogrammes sont facturés à l'hôpital et payés par ce dernier. Le taux est fondé sur le total global (patients à l'interne et à l'externe) annuel et des tracés effectués à l'hôpital, qu'ils soient interprétés par un ou plusieurs médecins.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Surveillance ambulatoire de la tension artérielle, 24 heures sur 24	B	8950	25	
Monitorage Holter de 24 h et plus – tarif global d'interprétation	B	2952	39	
Épreuve d'effort sous-maximal – avec tapis roulant ou ergomètre et monitorage oscilloscopique continu, incluant les E.C.G. pris pendant l'acte et les E.C.G. au repos avant et après l'acte	B	2373	62	
Épreuve d'effort pharmacologique – intervention isolée	B	8955	62	
Endocrinologie et métabolisme				
Épreuve à l'hormone antidiurétique	B	1936	23	
Épreuve de perfusion salée hypertonique	B	1937	38	
Épreuve à l'histamine benzodioxine	B	1938	23	
Test de tolérance à l'eau	B	1939	15	
Test d'intolérance à l'insuline	B	1940	38	
Aspiration endométriale	B	2352	12	
Entérotest (« string-test »)	B	1906	8	
Examen de l'œil sous anesthésie générale	B	2049	31	
Fluoroscopie et/ou orthodiagramme	B	1941	8	
Repas d'épreuve de fractionnement, prélèvements et analyse	B	1943	23	
Repas d'épreuve de stimulation maximale à l'histamine	B	1944	31	6
Lavage gastrique – diagnostique ou d'urgence	B	1942	15	
Injections (coût des substances injectées en supplément)				
Par dissection veineuse	A	1946	23	
Par veine du cuir chevelu	A	1947	15	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le blocage d`un nerf somatique majeur lors d'une intervention chirurgical ne sera remboursé au chirurgien au taux approprié qu'en l'absence de facture pour des services d'anasthésie. L'anasthésie locale du site opératoire (incluant les nerfs digitaux) et les injections de médicaments à l'intérieur et autour du site opératoire ne peuvent être facturés en plus des honoraires pour l`intervention chirurgicale.***

Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin ou injection intramusculaire ciblée	B	1948	15	
Traitement à l'iode raiactif	C	8100	48	
Chimiothérapie intraveineuse ou intramusculaire (cancer), par traitement	B	1950	10	
Enfants de moins de 16 ans	B	2838	95	
Infusion i.v. d'albumine	B	1881	10	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Injection i.v. de gammaglobuline	B	1882	10	
Injections intraveineuses pour hémophiles, par traitement				
Adultes	B	2816	10	
Enfants de moins de 10 ans	B	2817	15	
Ponction lombaire avec chimiothérapie intrathécale	B	1983	50	
16 ans ou moins	B	1809	63	
Actes de ponction-biopsie				
Moelle osseuse	B	866	38	6
Rein	A	1952	54	
Foie	B	1953	38	6
Rate	A	1954	46	
Plèvre	A	1955	31	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	
Péricarde	A	1908	115	6
Tissu synovial	A	1956	38	
Prostate	B	1383	62	6

Section 2 : Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le blocage d`un nerf somatique majeur lors d'une intervention chirurgical ne sera remboursé au chirurgien au taux approprié qu'en l'absence de facture pour des services d'anasthésie. L'anasthésie locale du site opératoire (incluant les nerfs digitaux) et les injections de médicaments à l'intérieur et autour du site opératoire ne peuvent être facturées en plus des honoraires pour l`intervention chirurgicale.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Tête et cou				
Nerf sus-orbitaire	B	295	23	
Nerf sous-orbitaire	B	296	23	
Nerf occipital	B	297	23	
Nerf maxillaire	B	260	64	
Nerf mandibulaire	B	259	38	
Ganglion du trijumeau	B	425	92	
Blocage d'autre nerf crânien	B	270	46	
Plexus cervical	B	258	46	
Ganglion stellaire	B	1056	64	
Nerf laryngé supérieur	B	1399	64	
Plexus brachial	B	261	38	
Tronc				
Nerf sus-scapulaire	B	271	23	
Bloc intercostal				
Premier nerf	B	272	23	
Nerf additionnel	B	273	12	

Bloc paravertébral				
Nerf thoracique	B	1534	46	
Nerf thoracique additionnel	B	1542	23	
Nerf lombaire	B	274	46	
Nerf lombaire additionnel	B	275	23	
Ganglion coéliaque	B	413	92	
Bloc sympathique				
Thoracique	B	276	92	
Lombaire (unilatéral)	B	257	54	
Blocs nerveux divers				
Un nerf somatique non expressément désigné	B	1762	23	
Nerf additionnel	B	1763	12	
Blocage diagnostique intrathécal	B	1764	46	
Bloc épidural				
Nerf cervical	B	1765	100	
Nerf thoracique	B	1766	80	
Nerf lombaire	B	1767	46	
Nerf caudal	B	263	38	
Bloc épidural avec stéroïde, en supplément	B	277	10	
Injection d'articulation				
Sacro-iliaque	B	1887	29	
Vertébrale	B	1888	50	
Injection de point déclenchant	B	1889	15	
Injection subséquente	B	1890	8	
Bloc i.v. de guanéthidine	B	1802	64	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2477 n'est pas payable en supplément du code de service 1802.***

Injection d'alcool, phénol ou autres agents sclérosants– le tarif de base ci-dessus	B	294	CS	
Bloc nerveux avec cryo-analgésie, en supplément	B	292	50 %	
Actes spéciaux non pénétrants, notamment stimulation électrique nerveuse transcutanée (SENT) (ne s'applique pas à l'acuponcture)			HV	
Cliniques contre la douleur – la première visite avec le médecin est payable au tarif de consultation, quand elle ne fait pas l'objet de rémunération à la vacation.				
Œsophage				
Épreuve de perfusion à l'acide chlorhydrique (HCL)	B	2094	23	
Études de la motilité	B	2095	54	
Œsophage et estomac				
Surveillance ambulatoire de 24 h	B	1799	54	
Paracentèse				
Thoracique – ponction de cavité pleurale pour				

Chapitre 21 : Actes diagnostiques et thérapeutiques	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
aspiration (diagnostique et thérapeutique), première ou subséquente	B	2592	38	
Abdominale – aspiration pour prélèvement diagnostique	B	1992	15	
Aspiration thérapeutique, incluant prélèvement diagnostique	B	1993	38	
Thoracique ou abdominal – administration de chimiothérapie incluant aspiration thérapeutique et prélèvement	B	1994	38	6
Insufflation périrénale	B	1995	38	
Phonocardiogramme – surveillance et interprétation	B	1996	23	
Plasmaphérèse				
Première	B	1535	75	
Subséquente, de la 2e à la 5e	B	1536	50	
Additionnelle, même année	B	1537	38	
Études de la fonction pulmonaire				
1. Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation, la mixique et la diffusion	B	2098	38	
2. Épreuves particulières				
a. Pression partielle du gaz carbonique artériel par technique respiratoire	B	2099	15	
b. Ponction artérielle avec analyse gazeuse au repos	B	2100	23	
c. Ponction artérielle avec analyse gazeuse au repos et à l'effort	B	2101	38	
d. Volumes sanguins	B	2102	15	
e. Capacité de diffusion au repos	B	2103	15	
f. Capacité de diffusion à l'effort	B	2104	15	
g. Courbe de dilution de colorant – oxymètre auriculaire	B	2105	8	
h. Courbe de dilution de colorant et débit cardiaque	B	2106	15	
i. Mixique	B	2107	8	
j. Volumes pulmonaires (volume résiduel, capacité pulmonaire totale)	B	2108	23	
k. Capacité respiratoire maximale	B	2109	8	
l. Mécanique respiratoire au repos	B	2110	23	
m. Mécanique respiratoire à l'effort	B	2111	23	
n. Oximétrie				
1. Durée de la désaturation à 90 %	B	2112	8	
2. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort	B	2113	8	
3. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort, sous oxygène	B	2114	8	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
o. Consommation d'oxygène	B	2115	8	
p. Épreuve de stimulation des centres respiratoires au gaz carbonique	B	2116	15	
q. Ventilation, spirogramme et capacité vitale, au repos	B	2117	8	
r. Capacité vitale minutée	B	2118	8	
s. Test de provocation bronchique non spécifique	B	2131	50	
Changement de tube de pyélostomie, urétérostomie, néphrostomie ou cystostomie	B	1989	8	6
Rhumatologie et médecine physique – examen du liquide articulaire pour numération de globules blancs	B	2135	10	
Cristaux d'acide urique	B	2136	15	
Caillot de mucine	B	2137	6	
Ulcère variqueux – application et/ou changement de pâte d'Unna ou application semblable, Ichthopaste[MD], etc.	A	2043	8	
Étude de stérilité chez l'homme, numération et morphologie des spermatoblastes	B	2047	8	
Chez la femme, voir Appareil génital féminin				
Tonométrie – au tonomètre	B	2048	8	
Étude sur le sommeil				
Études sur le sommeil de niveau 1		851	120	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie* : *Le code de service 851 s'applique uniquement aux codes de site 829 (Hôpital régional de Saint John) et 848 (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont)***

Études sur le sommeil de niveau 3		852	60	
Étude nocturne de l'apnée du sommeil, interprétation seulement	B	2134	46	

Les notes suivantes de l'Assurance-maladie s'appliquent aux codes de service 851, 852 et 2134 :

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'interprétation des études sur le sommeil se limite aux spécialistes qui détiennent la certification appropriée de l'American Academy of Sleep Medicine ou un équivalent acceptable. Un exemplaire de ce document doit être présenté au registraire des praticiens de l'Assurance-maladie avant le début de la facturation des codes de service suivants.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un aiguillage valide est requis de la part d'un médecin ou d'une infirmière praticienne pour les codes de service 851, 852 et 2134. La version écrite de l'interprétation ou du rapport doit être envoyée au médecin traitant.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : L'aiguillage doit être présenté au spécialiste avec les résultats du test sur le sommeil pour que l'interprétation soit facturée à l'Assurance-maladie.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : À des fins de surveillance et de conformité, s'il y a lieu, le spécialiste doit rendre accessible la demande d'aiguillage ainsi que la version écrite de l'interprétation ou du rapport.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de tiers (exigences liées à l'emploi, Bureau des véhicules à moteur, Travail sécuritaire NB, compagnies d'assurance, etc.) ne sont pas des services assurés.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 851, 852 et 2134 doivent faire l'objet d'une facturation pro forma par les médecins salariés durant leurs heures normales de travail. L'approbation du formulaire de déclaration écrite est requise pour offrir des services en pratique privée, comme l'indique l'article 12, politique 1, de la Politique du Nouveau-Brunswick relatives aux médecins rémunérés conformément au Régime de rémunération du personnel médical (disponible sur le site intranet de la RRS).***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service 851, 852 et 2134, la date de la réalisation du test et la date du service (date de l'interprétation) doivent être incluses au moment de soumettre vos demandes de paiement.***

☞ ***Le champ de la date de réalisation du test deviendra disponible et obligatoire à une date ultérieure.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 852 et 2134 ne donnent lieu à aucun paiement avec une consultation. Le code de service 851 donne lieu à un paiement avec une consultation uniquement dans le cas de patients hospitalisés (en hospitalisation [5]).***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : La prime d'urgence après les heures normales n'est pas accordée avec les codes de service 851, 852 et 2134.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 851, 852 et 2134 doivent être présentés avec un diagnostic valide. « Étude sur le sommeil » n'est pas considéré comme un diagnostic valide.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum est de 4 par code de service par patient par année. Toute demande de remboursement excédentaire doit être présentée sur la base d'une considération spéciale (CS).***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Si la SaO_2 et le pouls sont les seules variables de surveillance, le code de service 2134 doit être facturé.***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Section 3 : Ultrasonographie cardiaque				
Échocardiographie transœsophagienne	B	1816	51	
Échographie, épanchement péricardique, écho M	B	2980	14	
Échocardiographie complète, écho M	B	2981	31	
Avec visualisation à deux dimensions	B	2982	49	
Échocardiographie – Doppler				
Qualitative pour déceler l'absence ou la présence de maladie valvulaire				
Interprétation	B	2966	19	
Interprétation et exécution	B	2967	25	
Quantitative pour déceler une maladie valvulaire et calculer les surfaces valvulaires et les tensions différentielles				
Interprétation	B	2968	34	
Interprétation et exécution	B	2969	45	
Section 4 : Ultrasonographie carotidienne				
Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale pour analyse spectrale	B	2970	41	
Section 5 : Endosonographie				
Endosonographie du tractus gastro-intestinal supérieur (sonde non payable en sus)				
Par l'œsophage	B	8147	51	6
Par l'estomac	B	8148	148	6
Par le duodénum	B	8149	184	6
Endosonographie du tractus gastro-intestinal inferieur (sonde non payable en sus)	B	8150	100	6
Suppléments pour les endosonographies du tractus gastro-intestinal inférieur et supérieur				
Aspiration à l'aiguille fine	B	8151	77	
Dilatation du rétrécissement	B	8152	77	
Injection à l'aiguille fine	B	8153	77	
Drainage du pseudokyste	B	8154	77	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Dans certaines situations exceptionnelles, si la sonde est retirée ou si une seconde sonde (ou une sonde différente) est insérée pour examiner le tractus gastro-intestinal ou pour effectuer une autre intervention, la sonde supplémentaire (p. ex. : code 964) pourra être remboursée à 75 %. Ces renseignements doivent figurer sur la demande de paiement. Dans le cas contraire, la sonde n'est pas remboursée.***

Section 6 : Ultrasonographie obstétrique				
Profil biophysique exécuté et interprété par le médecin	B	1896	46	
*Médecin présent sans exécuter l'acte (interprétation				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
seulement)	B	1897	23	
Section 7 : Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler)				
Évaluation vasculaire périphérique, un segment (p. ex : cheville), un ou deux niveaux	B	2425	10	
Un membre seulement	B	2122	8	
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après)	B	2123	13	
Comme ci-dessus avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de pression et/ou épreuves à l'effort	B	2955	20	
Un membre seulement	B	2124	15	
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après)	B	2125	25	
Évaluation vasculaire périphérique d'un membre (au moins 3 niveaux), avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de fréquence et/ou spectrale	B	2126	25	
Un membre seulement	B	2127	19	
Évaluation bilatérale (voir la page ci-après)	B	2128	31	
Évaluation comme ci-dessus d'un membre, avec épreuves à l'effort	B	2586	31	
Un membre seulement	B	2129	23	
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après)	B	2130	39	
Section 8 : Examens vasculaires non invasifs (ultrasoniques, Duplex seulement)				
Examen vasculaire non invasif de l'aorte abdominale et des artères mésentériques, rénales ou iliaques	B	1804	30	
Examen vasculaire artériel membre inférieur ou supérieur – +/- greffe (avec ou sans exercice)				
Unilatéral	B	1805	54	
Bilatéral	B	1806	108	
Examen vasculaire veineux membre inférieur ou supérieur				
Unilatéral	B	1807	54	
Bilatéral	B	1808	108	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les examens au Duplex comprennent les analyses effectuées au Doppler sur la même région ou le même membre.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie :Les codes de service des examens au Doppler et Duplex comprennent la surveillance par le médecin et sa participation aux actes, selon le cas, et comprennent nécessairement la consignation d'une interprétation des résultats au dossier. Ces codes ne s'appliquent pas à des interprétations subséquentes par tout médecin. Les codes de service 2425, 2955, 2126 et 2586 comprennent l'étude de l'autre membre aux fins***

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

de comparaison; les honoraires pour une évaluation bilatérale ne sont payables que si la symptomatologie dans l'autre membre le justifie, comme le confirment les études.

Ponction veineuse				
Nourrisson ou enfant de moins de 4 ans				
CS seulement (voir la note au chapitre 4, section 2.10)	A	2051	8	
Adulte ou enfant de 4 ans et plus, CS seulement				
(voir la note au chapitre 4, section 2.10)	C	2050	5	
Ponction de la veine fémorale	A	2052	15	
Ponction de la veine jugulaire	A	2053	15	
Cathétérisme de la veine ombilicale	A	2081	15	
Cathétérisme de l'artère ombilicale	A	2082	31	
Dissection veineuse thérapeutique	A	2054	8	
Phlébotomie thérapeutique pour polycythémie	A	2055	8	

Section 9 : Mise en place d'une canule veineuse

S'applique également au remplacement, sauf indication contraire (exclut les ponctions veineuses simples comme la phlébotomie, l'administration intraveineuse de médicaments au moyen d'une seringue ou d'un papillon pour le goutte-à-goutte, etc.).

Insertion d'un cathéter de veine à demeure par				
voie périphérique	A	2477	15	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2477 n'est pas payable en supplement du code de service 1802.***

Insertion d'un cathéter à demeure central par voie				
périphérique, comme pour la tension veineuse centrale ou				
la nutrition parentérale totale – payable en plus des soins				
journaliers en unité de soins intensifs	A	2476	30	
Insertion et passage sous-cutané d'un cathéter à demeure				
central dans la veine cave, comme le Hickman-				
Broviac ou le Port-A-Cath ou Pas-Port	B	1885	115	6
Avec un réservoir sous-cutané	B	1883	200	6
Retrait : Voir la note de l'Assurance-maladie				
Insertion d'un cathéter veineux central par perforation				
d'une veine proximale	B	8155	86	6
Cathétérisme cardiaque droit, comme par cathéter de Swan-Ganz pour monitorage cardiaque, voir le code de service 1918 sous « Système cardiovasculaire » (chapitre 10).				
Installation ou retrait d'un cathéter de dialyse				
péritonéale permanent	B	8336	200	

Chapitre 21: Actes diagnostiques et thérapeutiques	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : S'il s'agit d'une région distincte, l'installation et le retrait sont tous deux payés à 100 %. Dans le cas contraire, la deuxième intervention est payée à 75 %. Cette donnée doit être indiquée clairement sur la demande de paiement. <u>Une insertion tentée est payée au même taux qu'une installation.</u>***

Mise en place ou retrait d'un cathéter permanent pour dialyse péritonéale, par laparoscopie	D	8126	339	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 22 : ACTES CLINIQUES ASSOCIÉS AUX VISUALISATIONS DIAGNOSTIQUES

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

Les honoraires de ces actes couvrent la rémunération de services professionnels comme la mise en place d'un appareil et l'introduction de substances de contraste (sauf l'administration par voie buccale ou rectale pour étude du tube digestif, ainsi que les injections intraveineuses). Les frais de radiologie sont en supplément.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Voir les valeurs unitaires au chapitre 3, section 1.5.***

Section 1 : Honoraires d'actes spéciaux

Masse mammaire, localisation par ponction				
avec mammographie	B	1715	63	
Myélographie				
1 segment	B	181	63	6
2 segments ou plus	B	2013	89	6
De la fosse postérieure	B	2014	107	6
Discographie				
Un niveau	B	2146	63	6
Chaque niveau additionnel	B	2119	32	UD
Injection de facette articulaire, par articulation	B	2120	50	
Bronchographie				
Unilatérale	B	2147	36	6
Bilatérale	B	1711	54	6
Laryngographie	B	2148	36	6
Arthrographie	B	2149	27	6
En double contraste	B	2062	44	
Pneumoencéphalographie	B	182	107	6
Ventriculographie	B	1506	179	6
Vélopharyngographie	B	1991	36	
Angiographie				
Artériographie, percutanée (par aiguille seulement)	B	800	77	6
Non sélective				
Percutanée (avec cathéter)	B	2156	89	6
Par dissection	B	2154	133	6
Sélective (p. ex. : rénale, cérébrale, vertébrale) –				
chaque artère, en supplément	B	2063	44	UD
Supersélective (p. ex. : branche gastroduodénale, hépatique				
distale, honteuse, mésentérique distale) – chaque				
artère, en supplément	B	2061	59	UD
Scintigraphie de perfusion myocardique				
(injection Thallium)	B	1738	28	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Scintigraphie du mouvement de la paroi myocardique	B	1741	54	
Scintigraphie au Myoview/fraction d'éjection	B	1742	64	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Pour interprétation seulement, le tarif est de 50 % pour les codes de service 1738, 1741 et 1742.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Si la fraction d'éjection n'est pas effectuée, mais seulement une scintigraphie du mouvement de la paroi ou un perfusion myocardique, les codes de service 1741 ou 1738 doivent être facturés.***

Angioplastie (dilatation transluminale percutanée de sténoses et occlusions artérielles sous anesthésie locale)				
Artère iliaque	B	1712	340	
Artère fémorale	B	1713	340	
Artère rénale	B	1714	425	
Phlébographie	B	736	44	6
Cavographie inférieure	B	2839	89	
Biopsie transjugulaire du foie (comprenant cathétérisme veineux sélectif, injection de substance de contraste, manométrie et prélèvement pour biopsie)	B	2155	160	
Embolisation de vaisseau, s'ajoutant au tarif d'angiographie	B	2515	85	UD
Lymphographie	B	2158	89	6
Bilatérale	B	2064	133	
Sialographie	B	2159	44	6
Dacryocystographie	B	2160	44	6
Insufflation présacrée	B	2161	44	6
Splénoportographie	B	2162	63	6
Portographie percutanée transhépatique	B	1721	89	
Cholangiographie percutanée transhépatique	B	2163	89	6
Drainage biliaire percutané (introduction de cathéter dans le cholédoque et le duodénum sous visualisation diagnostique) – comprend cholangiographie percutanée transhépatique	B	1716	340	
Extraction percutanée de calcul de cholédoque sous fluoroscopie	B	2375	133	6
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER) +/- biopsie, +/- cytologie	B	2875	202	6
Hystérosalpingographie	B	2164	63	6
Sonohystérogramme	B	8075	63	6
Examen en grains de chapelet de la vessie	B	2169	46	
Cysto-urétrographie mictionnelle	B	2165	9	
Urétrographie ou cystographie rétrograde, sans cystoscopie	B	2015	27	
Cystographie rénale percutanée	B	2016	63	6

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Insertion percutanée de tube de néphrotomie sous anesthésie locale et fluoroscopie	B	2840	133	
Néphrostomie percutanée avec dilatation urétérale ou insertion de moule sous visualisation diagnostique	B	1720	231	
Établissement percutané d'une voie de néphrotomie en vue d'exérèse de calcul du rein	B	2121	340	6
Radiographie du conduit iléal	B	2087	27	
Duodénographie hypotonique par intubation	B	2065	17	
Intubation de l'intestin grêle	B	1057	36	6
Ponction diagnostique percutanée de collection liquide sous visualisation diagnostique	B	1717	63	
Insertion percutanée de tube de drainage dans une collection liquide sous visualisation diagnostique	B	1718	95	
Ponction-biopsie intra-abdominale percutanée d'une masse solide sous visualisation diagnostique	B	1719	79	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	6
Biopsie par brossage bronchique	B	2067	63	6
Ultrason pelvien				
Professionnel	B	8171	20	
Technique	B	8172	20	
Implatation transcathéter de valvule aortique (cardiogie interventionnelle)	D	8129	1634	45

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8129 est un tarif tout inclus. Aucun autre code de service peut être facturé avec celui-ci.***

CHAPITRE 23 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Les honoraires couvrent l'interaction entre le spécialiste en radiologie diagnostique agréé et le médecin référent de même que la supervision et l'interprétation des examens par imagerie médicale.

1. Aux fins de la présente annexe, le terme « radiologie » renvoie à la radiologie diagnostique, à la radiologie d'intervention et à la médecine nucléaire.
2. Le taux de paiement par unité (valeurs unitaires) est inscrit au chapitre 3, section 1.5 du préambule général.
3. Si les examens demandés par le médecin référent génèrent des constatations anormales ou des données que le spécialiste en radiologie juge insuffisantes, ou s'il faut un examen supplémentaire pour obtenir les données diagnostiques qui s'imposent selon les besoins du patient, le spécialiste peut ajouter d'autres incidences ou changer l'examen et facturer le tout selon les honoraires prévus.

Section 1 Interprétations des tarifs prévus

1. Le nombre d'incidences obtenues est déterminé d'après les besoins du patient, les exigences du médecin référant et l'opinion du radiologiste. Le spécialiste en radiologie peut facturer les incidences ainsi obtenues selon la nomenclature (se référer au point 3, ci-dessus).
2. Les honoraires pour les « incidences spéciales » ne peuvent être facturés que pour l'interprétation d'une incidence qui n'est pas comprise dans l'examen de routine de cette partie du corps, et, qui a été demandé spécifiquement par le médecin référant ou jugé cliniquement nécessaire par le radiologiste qui en fait l'interprétation.
3. Les coûts de la fluoroscopie ne doivent pas être soumis pour les examens effectués par le radiologiste où la fluoroscopie est considérée généralement de faire partie intégrante de l'examen, par exemple, les examens du tube digestif et les actes cliniques ou diagnostiques associés à l'imagerie diagnostique.
4. On ne doit pas facturer systématiquement trois incidences ou plus du thorax quand un simple examen du thorax est demandé.
5. En général, lorsque l'on facture un examen par imagerie médicale, on ne doit pas ajouter des codes de service associés à des régions du corps inclus par hasard dans l'examen principal, à moins que le radiologiste ou le médecin référant ait demandé une imagerie des régions en question et que toutes les incidences habituelles des régions en surplus aient été obtenues.
6. Les factures pour des actes ou des interprétations qui ne sont pas explicitement couverts par un code existant dans le Cahier des tarifs du radiologiste doivent être soumises à l'Assurance-maladie à titre de « considération spéciale » (CS) sous le code de

service 888, avec des renseignements pertinents à la facturation. Il faut par la suite faire parvenir une demande au Comité des nouveaux services.

7. Prime d'urgence après les heures de travail (PUAH) pour la tomodensitométrie et l'ultrasonographie

   « Après les heures » signifie de 18h à 6h59 les jours ouvrables et toute la journée les samedis, dimanches et jours fériés. La prime est payée selon les modalités décrites ci-dessous.
   Si le radiologiste retourne à l'hôpital, la prime suivante s'applique :

de 18 h à 23h59	60 % du taux normal de paiement
de minuit à 6h59	100 % du taux normal de paiement

   Si le radiologiste se sert de la téléradiologie depuis l'extérieur de l'hôpital, la prime suivante s'applique :

de 18 h à 23h59	42 % du taux normal de paiement
de minuit à 6h59	70 % du taux normal de paiement

Les samedis, les dimanches et les jours fériés, le radiologiste pourra facturer la prime de 60 % s'il revient à l'hôpital, tandis que s'il intervient par téléradiologie depuis l'extérieur de l'établissement, il pourra facturer la prime de 42 %. La prime ne peut toutefois pas être facturée pour des examens radiologiques de routine ayant été prévus pour la fin de semaine ni pour des examens effectués durant la semaine et retenus par les radiologistes afin d'en faire la lecture la fin de semaine. Ces cas ne sont pas considérés comme étant des urgences.

En outre, les exigences suivantes s'appliquent :

- Le service doit être dispensé en situation d'urgence, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un service qu'il faut dispenser sans délai en raison de l'état pathologique du patient. L'heure de la prestation du service ne constitue pas en elle-même le facteur déterminant pour la facturation des primes. La nature urgente du service fourni après les heures de travail doit être dûment documentée. La prime n'est payable que lorsque les deux critères ont été remplis : il s'agit d'un service d'urgence dispensé en dehors des heures de travail.
- Pour être admissible, la demande de service doit généralement être reçue et lue, et le rapport doit être fait en dehors des heures de travail.
- Le radiologiste doit compléter tous les rapports ou formulaires nécessaires aux fins de documentation (rapport des trouvailles).
- La documentation relative à chaque service dispensé en dehors des heures de travail doit être conservée aux fins de vérification. Les renseignements suivants doivent être conservés :
  - nom du radiologiste;
  - nom du patient ou des patients;
  - identifiants de l'hôpital (ils peuvent comprendre le numéro d'entrée, le numéro de l'examen, le NDPP ou le numéro d'assurance-maladie du patient);
  - heure du rapport verbal au médecin qui a demandé l'examen;

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

- lieu de lecture du rapport (domicile ou hôpital).

Nota : Ces renseignements doivent être conservés sur place aux fins de vérification. Nous comprenons tout à fait qu'il existe différents processus au sein des zones. Il incombe donc au radiologiste et au personnel de la zone de déterminer qui est responsable de la conservation des renseignements et comment ceux-ci sont conservés; les renseignements devront de plus rester aisément accessibles aux agents de surveillance et d'assurance de la conformité.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie: Les factures doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus, incluant les fins de semaine et les jours fériés.***

Voir la section « Sujets visant tous les praticiens : Prime d'urgence après-heures » pour obtenir plus de renseignements (chapitre 4, section 2.12)

Interprétation des images

Section 2 : Thorax et viscères thoraciques			
Thorax			
Une incidence		3000	5
Deux incidences		3001	9
Trois incidences ou plus, double énergie comprise		3002	11
Cliché par appareil mobile		3003	8
Fluoroscopie thoracique avec films		3005	17
Canal thoracique		3006	8
Côtes			
Un côté		3007	8
Les deux côtés		3008	11
Sternum ou articulations sterno-claviculaires		3009	8
Tomographie		3010	18

Section 3 : Abdomen et tube digestif			
Abdomen			
Une incidence		3011	8
Plusieurs incidences - Perforation / obstruction		3012	12
Cliché par appareil mobile			
Une incidence		3232	8
Deux incidences ou plus		3233	12
Voie gastrique supérieure			
Pharynx et œsophage		3013	14
Dilatation de l'œsophage avec contrôle fluoroscopique		3234	8
Repas baryté digestif (œsophage, estomac et duodénum)			
En simple contraste		3014	17
En double contraste		3015	23
En contraste simple ou double avec glucagon (examen avec repas baryté)		3235	23
Repas baryté combiné avec cliché différé		3017	22

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Avec Maxeran		3236	28	
Examen de la motilité de l'intestin grêle		3018	17	
Avec Maxeran		3019	23	
Entéroclyse		3229	23	
Cholangiogramme				
Opératoire		3023	7	
Tube en T avec fluoroscopie		3024	10	
Lavement baryté				
En simple contraste		3028	17	
En double contraste		3029	23	
En contraste simple ou double avec glucagon		3030	23	
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER)		3031	70	
Tomographie		3033	18	
Section 4 : Appareil génito-urinaire				
Pyélographie				
Intraveineuse +/- à séquence rapide		3034	26	
Avec tomographie		3035	35	
Avec diurèse provoquée		3036	35	
Par voie rétrograde		3037	6	
Pyélographie d'un conduit iléal par voie rétrograde		3038	6	
Avec fluoroscopie		3039	12	
Cystographie		3040	6	
Cysto-urétrographie (mictionnelle) rétrograde		3041	17	
Examen urodynamique		3043	17	
Urétrographie rétrograde		3044	17	
Pyélographie fonctionnelle				
Infusion goutte-à-goutte		3045	19	
Avec diurèse provoquée		3046	23	
Avec tomographie		3047	23	
Pyélographie percutanée par voie antérograde		3049	6	
Avec fluoroscopie		3050	12	
Pyélographie par tube de néphrostomie		3051	6	
Avec fluoroscopie		3052	12	
Hystérosalpingographie		3055	6	
Avec fluoroscopie		3056	12	
Tomographie		3061	18	
Section 5 : Tête et cou				
Crâne		3062	11	
Incidences additionnelles spéciales en supplément		3063	4	
Appareil mobile		3214	11	
Massif facial		3065	9	
Orbite, incidences spéciales en supplément		3215	8	
Sinus paranasaux		3066	9	
Mastoïdes		3067	11	
Nez		3069	8	

Œil		
Corps étranger	3071	8
Mandibule ou maxillaire	3073	9
Mandibule par appareil mobile	3216	6
Articulations temporomandibulaires	3074	9
Dents	3077	7
Région des glandes salivaires	3078	6
Rhinopharynx et/ou cou – tissus mous	3079	8
Cou – tissus mous par appareil mobile	3217	8
Tomographie	3080	18

Section 6 : Membres supérieurs

Épaule	3081	8
Clavicule	3082	8
Omoplate	3083	8
Articulations acromio-claviculaires	3084	8
Avec application de poids	3085	11
Humérus	3086	8
Coude	3087	8
Avant-bras	3088	8
Poignet	3089	8
Os scaphoïde	3090	5
Main (deux doigts ou plus)	3091	8
Main pour tissus mous	3218	5
Doigt ou pouce	3092	5
Incidences spéciales de n'importe quel examen ci-dessus	3093	5
Membre supérieur par appareil mobile	3219	8
Tomographie	3094	18

Section 7 : Membres inférieurs

Hanche	3095	8
Enclouage de la hanche		
Simple interprétation	3096	9
Surveillance et interprétation	3097	20
Fémur	3098	8
Genou	3099	8
Rotule	3100	5
Jambe inférieure	3101	8
Cheville	3102	8
Calcanéum	3103	8
Pied (deux orteils ou plus)	3104	8
Orteil	3105	5
Incidences spéciales de n'importe quel examen ci-dessus	3106	5
Membre inférieur par appareil mobile	3220	8
Études de longueur des jambes (scanogramme)	3107	9
Jambe complète (en position debout)	3224	9
Tomographie	3108	18

Section 8 : Colonne vertébrale et bassin

Colonne cervicale – Incidences ordinaires	3109	9
Avec incidences additionnelles (incluant en oblique)	3110	12
Colonne thoracique	3111	9
Avec incidences additionnelles	3112	12
Colonne lombaire	3113	9
Avec incidences additionnelles	3114	12
Sacrum et/ou coccyx	3115	8
Articulations sacro-iliaques	3116	8
Injections de facette articulaire – contrôle avec fluoroscopie radiologique	3117	12
Bassin	3118	8
Incidences additionnelles en supplément	3221	5
Bassin et hanche	3119	9
Bassin et articulations sacro-iliaques	3120	9
Bassin et colonne vertébrale par appareil mobile	3222	9
Colonne vertébrale – série scoliotique	3121	18
Tomographie	3122	18

Section 9 : Divers

Rappel à l'hôpital, de nuit ou en fin de semaine (Non payable en plus de la prime d'urgence (PUAH) après les heures de travaille)	3311	27

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Un « rappel » à l'hôpital s'applique lorsque le radiologiste est rappelé à l'hôpital après les heures normales de travail, pour les heures suivantes :***
a) « De nuit » s'applique aux soins dispensés en semaine entre 18 h et 6h59.
b) « En fin de semaine » s'applique aux soins dispensés les samedis, dimanches et jours fériés. (Voir chapitre 4, section 2.12.1.)

Un rappel ne s'applique pas lorsque le radiologiste est déjà à l'hôpital ni quand le radiologiste fournit des heures de service prévu à l'avance durant la période décrite ci-dessus. Un seul rappel par déplacement à l'hôpital est payable, peu importe le nombre d'examens examinés. Un rappel supplémentaire est payable pour les déplacements additionnels effectués à l'intérieur du délai ou de la période, tel qu'il est indiqué précédemment.

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement portant la mention « rappel » doivent indiquer l'heure à laquelle le service a été rendu.***

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : On ne peut pas facturer un rappel à l'hôpital pour des échographies et des tomodensitogrammes quand on a réclamé la prime d'urgence (PUAH) après les heures de travail.***

Soins de supervision	4102	31
Interprétation des films soumis – par examen	3123	21

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 3123 est utilisé pour rémunérer le radiologiste lorsque des examens effectués ailleurs sont soumis au radiologiste dans le but d'obtenir une opinion. Cependant, on ne peut utiliser ce code lorsque les examens décrits ci-dessus sont utilisés à titre de comparaison avec les examens pris dans l'établissement du médecin consultant.***

Exploration osseuse		
Première région anatomique	3124	9
Chaque région anatomique additionnelle	3125	5
Mammographie de dépistage bilatérale (asymptomatique)…	3206	24
Mammographie diagnostique	3207	29
Examen d'une coupe d'un organe donné – tomographie	3128	12
Détermination de l'âge osseux (développement osseux)	3130	9
Densité osseuse (mesure de la teneur en minéraux)		
Premier site	3131	12
Sites supplémentaires (une fois par patient; 2 sites max.)	3225	6
Échantillon de tissu (max. 1 fois par site opératoire ou de biopsie)	3223	4
Mise en place d'un cardiostimulateur transveineux (provisoire ou permanent) – contrôle radiologique	3133	15
Fluoroscopie localisée (préciser la région)	3135	8
Examens mort-nés		
Thorax radiographie	3183	5
Abdomen radiographie	3184	8
TDM Poitrine	3185	75
TDM Abdomen	3186	75
IRM Balayage du corps entier	3187	209

Section 10 : Actes spéciaux, interprétation seulement

Myélographie		
1 segment	3136	15
2 segments ou plus	3137	23
Injection pour fistulographie	3129	9
Discographie	3139	15
Bronchographie		
Un côté	3140	15
Les deux côtés	3141	22
Arthrogramme	3143	15
En double contraste	3144	15
Vélopharyngographie	3145	15
Phlébographie		
Phlébographie périphérique		
unilatérale	3147	9
bilatérale	3148	14

Cavographie inférieure ou supérieure		
Injections bilatérales simultanées	3149	15
Examen vasculaire par cinéradiographie ou capture vidéo	3150	23
Artériographie		
Par clichés simples		
Non sélective.....	3153	8
Sélective.....	3154	15
Examen vasculaire par cinéradiographie ou capture vidéo		
Non sélective.....	3155	15
Sélective.....	3156	23

Section 11 : Angiographie ou angioplastie cardiaque

Interprétation et rapport effectués par le radiologiste pour toute combinaison d'actes, réalisés le même jour, en lien avec un cathétérisme cardiaque gauche et/ou droit : ventriculographie gauche/droite, artériographie coronarienne gauche/droite, angiographie d'un pontage, étude de la crosse de l'aorte, évaluation des valvules pour sténose/insuffisance/etc., angioplastie coronarienne, valvuloplastie.....	3202	88
Si une urgence ou un changement soudain de l'état du patient impose une angiographie cardiaque additionnelle le même jour, la composante du radiologiste est payable en supplément selon le même code.		
Lymphographie.....	3157	15
Sialographie	3158	8
Dacryocystographie	3159	8
Cholangiographie percutanée transhépatique	3162	15
Biopsie transthoracique du poumon avec fluoroscopie	3164	15
Angiographie par tomodensitométrie des **artères** coronaires L'évaluation de l'aorte ascendante est comprise dans le service	3316	160
Angiographie par tomodensitométrie autre que coronarienne.....	3317	60

Section 12 : Tomographie axiale informatisée

Tête – sans contraste ou avec contraste différée.....	3166	40
PUAH @ 60 %.....	3400	24
PUAH @ 100 %	3401	40
PUAH @ 42 %.....	3402	17
PUAH @ 70 %.....	3403	28
Avec contraste	3167	46
PUAH @ 60 %.....	3404	28
PUAH @ 100 %.....	3405	46
PUAH @ 42 %.....	3406	19
PUAH @ 70 %.....	3407	32

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Répété avec contraste		3168	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Sinus et massif facial – sans contraste ou avec contraste différée		3230	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 100 %		3401	40	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 70 %		3403	28	
Avec contraste		3213	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 100 %		3405	46	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 70 %		3407	32	
Selle turcique – sans contraste ou avec contraste différée		3126	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 100 %		3401	40	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 70 %		3403	28	
Avec contraste		3127	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 100 %		3405	46	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 70 %		3407	32	
Orbites – sans contraste ou avec contraste différée		3151	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 100 %		3401	40	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 70 %		3403	28	
Avec contraste		3152	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 100 %		3405	46	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 70 %		3407	32	
Os temporaux – sans contraste ou avec contraste différée		3160	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 100 %		3401	40	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 70 %		3403	28	
Avec contraste		3161	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 100 %		3405	46	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 70 %		3407	32	
ATM (articulation temporomandibulaire) – sans contraste ou Avec contraste différée comprend bouche ouverte et fermée		3181	40	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 100 %		3401	40	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 70 %		3403	28	
Avec contraste		3182	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 100 %		3405	46	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 70 %		3407	32	
Poitrine – sans contraste ou avec contraste différée		3169	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3165	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Cou – sans contraste ou avec contraste différée		3308	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3318	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Abdomen – sans contraste ou avec contraste différée		3309	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3319	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Bassin – sans contraste ou avec contraste différée		3310	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3320	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Extrémité – sans contraste ou avec contraste différée		3226	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3228	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Articulation – sans contraste ou avec contraste différée		3321	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3322	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Colonne cervicale – sans contraste ou avec contraste différée		3312	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3323	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Colonne thoracique – sans contraste ou avec contraste différée		3324	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3325	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	
Rachis lombaire – sans contraste ou avec contraste différée		3326	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 70 %		3411	42	
Avec contraste		3327	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 100 %		3409	60	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 70 %		3411	42	

Section 13 : Ultrasonographie

Les valeurs unitaires suivantes s'appliquent à l'interprétation d'investigations diagnostiques par ultrasonographie :

Tête et cou				
Cerveau du nouveau-né		3170	43	
PUAH @ 60 %		3440	26	
PUAH @ 100 %		3441	43	
PUAH @ 42 %		3442	18	
PUAH @ 70 %		3443	30	
Examen transcrânien d'un adulte (avec Doppler)		3227	41	
PUAH @ 60 %		3500	25	
PUAH @ 100 %		3501	41	
PUAH @ 42 %		3502	17	
PUAH @ 70 %		3503	29	
Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale, examen duplex		3201	41	
PUAH @ 60 %		3500	25	
PUAH @ 100 %		3501	41	
PUAH @ 42 %		3502	17	
PUAH @ 70 %		3503	29	
Thyroïde		3171	22	
PUAH @ 60 %		3444	13	
PUAH @ 100 %		3445	22	
PUAH @ 42 %		3446	9	
PUAH @ 70 %		3447	15	
Thorax				
Masses pulmonaires, épanchement pleural		3196	36	
PUAH @ 60 %		3484	22	
PUAH @ 100 %		3485	36	
PUAH @ 42 %		3486	15	
PUAH @ 70 %		3487	25	
Sein ou échantillon de tissu – chaque sein		3197	22	
PUAH @ 60 %		3444	13	
PUAH @ 100 %		3445	22	
PUAH @ 42 %		3446	9	
PUAH @ 70 %		3447	15	
Échographie cardiaque				
Épanchement péricardique, écho M		3172	22	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 60 %		3444	13	
PUAH @ 100 %		3445	22	
PUAH @ 42 %		3446	9	
PUAH @ 70 %		3447	15	
Complète, écho M		3173	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 100 %		3453	45	
PUAH @ 42 %		3454	19	
PUAH @ 70 %		3455	32	
Avec visualisation à deux dimensions		3174	72	
PUAH @ 60 %		3456	43	
PUAH @ 100 %		3457	72	
PUAH @ 42 %		3458	30	
PUAH @ 70 %		3459	50	
Abdomen –examen complet (plus qu'une région ou un organe)		3175	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 100 %		3453	45	
PUAH @ 42 %		3454	19	
PUAH @ 70 %		3455	32	
Examen partiel – vésicule biliaire, aorte, etc. (une région ou un organe)		3176	25	
PUAH @ 60 %		3464	15	
PUAH @ 100 %		3465	25	
PUAH @ 42 %		3466	11	
PUAH @ 70 %		3467	18	
Bassin –transabdominal		3177	36	
PUAH @ 60 %		3484	22	
PUAH @ 100 %		3485	36	
PUAH @ 42 %		3486	15	
PUAH @ 70 %		3487	25	
Bassin – par voie endovaginale		3328	36	
PUAH @ 60 %		3484	22	
PUAH @ 100 %		3485	36	
PUAH @ 42 %		3486	15	
PUAH @ 70 %		3487	25	
Prostate – par voie endorectale		3231	66	
PUAH @ 60 %		3504	40	
PUAH @ 100 %		3505	66	
PUAH @ 42 %		3506	28	
PUAH @ 70 %		3507	46	
Prostate – par voie endorectale avec biopsie		3237	92	
PUAH @ 60 %		3508	55	
PUAH @ 100 %		3509	92	
PUAH @ 42 %		3510	39	
PUAH @ 70 %		3511	64	
Obstétrique, grossesse – échographie complète		3178	40	
PUAH @ 60 %		3472	24	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 100 %		3473	40	
PUAH @ 42 %		3474	17	
PUAH @ 70 %		3475	28	
Chaque fœtus additionnel		3180	40	
PUAH @ 60 %		3472	24	
PUAH @ 100 %		3473	40	
PUAH @ 42 %		3474	17	
PUAH @ 70 %		3475	28	
Testicules, kystes poplités, ganglions, etc.		3198	25	
PUAH @ 60 %		3464	15	
PUAH @ 100 %		3465	25	
PUAH @ 42 %		3466	11	
PUAH @ 70 %		3467	18	
Examen vasculaire d'un seul vaisseau ou d'une lésion/Doppler		3179	15	
PUAH @ 60 %		3476	9	
PUAH @ 100 %		3477	15	
PUAH @ 42 %		3478	6	
PUAH @ 70 %		3479	11	
Membres				
Examen artériel périphérique				
Une jambe ou un bras		3238	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 100 %		3453	45	
PUAH @ 42 %		3454	19	
PUAH @ 70 %		3455	32	
Deux jambes ou deux bras		3239	90	
PUAH @ 60 %		3516	54	
PUAH @ 100 %		3517	90	
PUAH @ 42 %		3518	38	
PUAH @ 70 %		3519	63	
Examen veineux périphérique – thrombose veineuse profonde				
Un bras ou une jambe		3240	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 100 %		3453	45	
PUAH @ 42 %		3454	19	
PUAH @ 70 %		3455	32	
Deux bras ou deux jambes		3241	90	
PUAH @ 60 %		3516	54	
PUAH @ 100 %		3517	90	
PUAH @ 42 %		3518	38	
PUAH @ 70 %		3519	63	

Notes:

1. L'écho M est une mesure ultrasonique à une dimension incluant les activités du tracé pour enregistrer l'amplitude et la vélocité du mouvement des structures des producteurs échographiques.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
2. L'écho B est une mesure d'échographie à deux dimensions, avec visualisation à deux dimensions.				

Section 14 : Imagerie par résonance magnétique

Les honoraires suivants incluent la surveillance clinique (l'approbation, la modification et l'intervention dans la visualisation diagnostique); le contrôle de la qualité de tous les éléments des composantes techniques de l'acte; l'interprétation des résultats de l'examen diagnostique.

Cerveau ……..		3600	110
Orbites ……		3601	110
Articulation temporomandibulaire (ATM) ……		3602	110
Conduit auditif interne (CAI) et os temporaux …….		3603	110
Nerfs crâniens …….....		3604	110
Selle turcique …….		3605	110
Sinus ……..		3606	110
Tractographie RM …….		3607	110
Spectroscopie RM …….		3608	110
Cou et base du crâne ……..		3609	110
Plexus brachial et orifice inférieur du thorax …….....		3610	110
Colonne cervicale ……..		3611	110
Colonne thoracique ……		3612	110
Rachis lombaire …….		3613	110
Plexus lombo-sacré ……		3614	110
Sacrum et articulations sacro-iliaques ……..		3615	110
Thorax ……		3616	110
Morphologie cardiaque ……..		3617	110
Évaluation et quantification de la fonction cardiaque		3618	110
Viabilité cardiaque …….		3619	110
Sein droit ……		3620	110
Sein gauche ……		3621	110
Abdomen ……		3622	110
CPRM …….		3623	110
Élastographie RM ……..		3624	110
Bassin …….		3625	110
Fœtus …….		3626	110
Membre supérieur droit :			
Épaule …….....		3627	110
Humérus …….		3628	110
Coude …….		3629	110
Avant-bras ……..		3630	110
Poignet ……		3631	110
Main		3632	110
Doigt		3633	110

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Membre supérieur gauche :				
Épaule …….		3634	110	
Humérus …….		3635	110	
Coude …….		3636	110	
Avant-bras …….		3637	110	
Poignet ……...		3638	110	
Main ……...		3639	110	
Doigt ……..		3640	110	
Membre inférieur droit :				
Hanche……		3641	110	
Fémur …….		3642	110	
Genou …….		3643	110	
Tibia et péroné ……		3644	110	
Cheville ……..		3645	110	
Pied …….		3646	110	
Orteil ……..		3647	110	
Membre inférieur gauche :				
Hanche ……		3648	110	
Fémur …….		3649	110	
Genou …….		3650	110	
Tibia et péroné ……...		3651	110	
Cheville ……..		3652	110	
Pied ……		3653	110	
Orteil ……..		3654	110	
Angiographie RM :				
ARM du cerveau (hexagone de Willis) …….....		3655	110	
VRM du cerveau ……		3656	110	
ARM du cou (carotides) ……		3657	110	
VRM du cou ……..		3658	110	
ARM de la poitrine ……		3659	110	
VRM de la poitrine ……		3660	110	
ARM de l'abdomen ……		3661	110	
VRM de l'abdomen ……		3662	110	
ARM des reins ……...		3663	110	
VRM des reins ……		3664	110	
ARM du bassin ……..		3665	110	
VRM du bassin ……..		3666	110	
ARM d'un membre inférieur – jambe gauche ……..		3667	110	
ARM d'un membre inférieur – jambe droite ……		3668	110	
ARM d'un membre supérieur – bras gauche ……		3669	110	
ARM d'un membre supérieur – bras droit ……		3670	110	
Angiographie périphérique et ARM d'un écoulement				

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(unilatérale ou bilatérale)				
- aorto-fémorale		3671	110	
- fémorale superficielle		3672	110	
- poplitée et distale		3673	110	
Balayage du corps entier		3674	234	
Injection de gadolinium (produit de contraste), y compris incidences supplémentaires et interprétation		3212	35	

Section 15 : Actes cliniques et diagnostiques

Cette liste de codes de service comprend les actes cliniques ainsi que l'interprétation des images acquises – Les codes associés aux services d'interprétation des images ne doivent pas être soumis en conjonction avec ceux énumérés dans la présente section.

15.1 Système hépato-biliaire

Extraction percutanée de calcul dans le canal biliaire par fluoroscopie avec cholangiographie	3242	123	
Cholangiographie transhépatique percutanée	3243	90	
Drainage biliaire percutané	3244	301	
Extenseur biliaire (en supplément)	3286	286	
Portographie transhépatique percutanée	3293	88	

15.2 Appareil urinaire

Insertion percutanée de tubes pour la néphrostomie sous anesthésie locale par fluoroscopie	3245	123	
Néphrostomie percutanée avec dilatation urétrale ou insertion d'extenseur sous imagerie diagnostique	3246	203	
Établissement percutané de voie de néphrostomie pour extraction de calcul	3247	283	
Cystographie rénale par voie percutanée	3294	57	
Urétrographie rétrograde ou cystographie rétrograde sans cystoscopie	3295	39	
Cysto-urétrographie permictionnelle	3296	24	
Hystérosalpingographie (incluant l'acte, la fluoroscopie et l'interprétation) par un radiologiste	3298	63	
Radiographie du conduit iléal	3299	34	

15.3 Autres actes

Ponction diagnostique percutanée de liquide sous imagerie	3248	108	
Insertion percutanée du tube de drainage sous imagerie	3249	163	
Ponction-biopsie percutanée de masses solides sous imagerie	3250	135	
Remplacement du tube de drainage sous imagerie	3252	49	
Fistulographie (injection dans le tractus sinusal), vérification du tube et enlèvement du tube	3291	25	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Biopsie pulmonaire transthoracique sous imagerie		3251	140	
Gastrostomie percutanée ou jéjunostomie		3255	130	
Intubation de l'intestin grêle sous imagerie		3300	30	
Angioplastie et dilation d'une structure non vasculaire au moyen d'un ballonnet		3329	346	
Endoprothèses gastro-intestinales		3330	400	
Ablation de tumeur par radiofréquence		3331	400	
Gastro-jéjunostomie percutanée		3332	160	
Duodénographie hypotonique avec intubation		3301	30	
Seins				
Localisation à l'aiguille sous imagerie (par lésion ou par cible)		3258	74	
Biopsie et/ou insertion d'un marqueur sous imagerie (par lésion ou par cible)		3259	131	
Galactographie mammaire		3260	31	
Myélographie				
Une région		3261	68	
Deux régions ou plus		3262	98	
Bloc par infiltration des troncs nerveux				
Un nerf		3333	68	
Deux nerfs ou plus		3334	98	
Discographie				
Un niveau		3264	68	
Chaque niveau additionnel		3265	42	
Injection d'une facette articulaire (par articulation)		3266	89	
Injection d'une articulation sacro-iliaque (par articulation)		3267	89	
Arthrographie				
Une seule		3268	80	
Double contraste		3269	110	
Artériographie				
Aorte bifémorale et écoulement périphérique (avec accès artériel)		3287	164	
Accès artériel et rinçage		3270	88	
Injection intra-artérielle sélective (premier ordre) – incluant toutes les incidences et les passages nécessaires		3271	59	
Injection intra-artérielle hypersélective (après le premier ordre) – incluant toutes les incidences nécessaires		3273	71	
Traitement thrombolytique (artériel) ou thrombectomie percutanée		3302	187	
Intervention pharmacologique		3272	19	
Embolisation (artérielle ou veineuse; par vaisseau)		3257	71	
Enlèvement percutané de corps étrangers intravasculaires (c.-à-d. cathéter, anse, ultrasonographie, angiographie)		3253	122	
Angioplastie (dilatation transluminale percutanée de sténoses ou occlusions artérielles ou veineuses sous anesthésie locale)				
Aortique, iliaque, fémoro-poplitée, infra-poplitée		3280	277	
Rénale, brachiocéphalique, cérébrale, dénervation de l'artère rénale		3281	346	
Extenseur artériel ou veineux (incluant l'angioplastie)		3288	400	

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Implatation transcathéter de valvule aortique	D	8128	1274	45

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8128 est un tarif tout inclus. Aucun autre code de service peut être facturé avec celui-ci.***

Veuillez prend note qu'il faut soumettre le code de service 8128 par l'entremise de MCE, puisqu'il ne peut être soumis en utilisant Meditech.

Phlébographie			
Accès au système veineux (central)		3274	96
Injection intraveineuse sélective (n'importe quelle veine)		3275	59
Phlébographie périphérique			
Unilatérale		3276	45
Bilatérale		3277	86
Vérification d'un cathéter veineux central		3335	45
Biopsie hépatique transjugulaire		3256	130
Insertion d'un cathéter tunellisé (vasculaire ou autre)			
sans chambre implantable sous-cutanée		3278	97
avec chambre implantable sous-cutanée		3279	168
Filtre de la veine cave (voie transjugulaire ou transfémorale)		3289	210
Traitement thrombolytique (veineuse) ou thrombectomie percutanée		3303	187
Dérivation portosystémique intrahépatique transjugulaire		3254	494
Vélopharyngographie		3304	44
Lymphographie			
Une jambe		3282	90
Bilatérale		3283	142
Sialographie		3284	45
Dacryocystographie		3285	45
Ponction lombaire		3315	66

Chapitre 23 : Spécialistes en radiologie diagnostique	Liste	Code	Unités Gen	Unités An

CHAPITRE 24 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

Dans le cas d'un patient référé				
Consultation (Voir les définitions au préambule général)				
Consultation majeure ou spécifique……		4096	66	
Évaluation clinique partielle..……		4097	22	
Soins à l'hôpital				
Soins de supervision ……..		4102	31	

Section 1 : Radiothérapie isotopique

Traitement de l'hyperthyroïdie, par traitement		4060	46	
Radiothérapie isotopique – carcinome de la thyroïde, par traitement		4011	62	
Traitement de polycythémie vraie, par traitement		4012	38	
Traitement de cancer métastatique (autre que thyroïdien), par traitement		4013	46	
Injection dans une articulation (incluant l'acte et l'interprétation)		4015	28	

Section 2 : Actes diagnostiques isotopiques

2.1 Thyroïde

Captation de la thyroïde				
Une mesure		4016	8	
Plusieurs mesures.....		4017	12	
Scintigraphie de la thyroïde		4018	18	
Captation et scintigraphie de la thyroïde		4019	27	

2.2 Appareil urinaire

Scintigraphie rénale		4029	23	
Scintigraphie plus rénogramme (de base).....		4030	38	
Scintigraphie plus rénogramme avec diurétique.....		4106	38	
Scintigraphie plus rénogramme avec l'inhibiteur de l'ECA..		4090	61	
Étude de la fonction rénale (eg: GFR)		4031	15	
Étude du résidu vésical en plus d'autres examens		4066	15	
Scintigraphie testiculaire (incluant étude de débit).....		4062	39	
Cystographie mictionnelle		4094	20	

2.3 Système digestif

Scintigraphie des glandes salivaires.....		4042	30	
Étude du transit œsophagien (incluant debout et couchée)....		4076	82	
Reflux gastrique		4093	33	
Vidange gastrique (liquide).....		4064	63	
Vidange gastrique (solides).....		4107	63	

Chapitre 24 : Spécialistes en Radiologie Thérapeutique et en Médecine Nucléaire	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Fraction d'éjection de la vésicule biliaire (incluant scintigraphie hépatobiliaire)		4079	53	
Scintigraphie hépatobiliaire (foie, vésicule biliaire et voies biliaires)		4037	30	
Répétée avec morphine		4108	30	
Cinétique hépatobiliaire (fuite biliaire ou postcholécystectomie)		4077	46	
Scintigraphie du foie/de la rate		4036	23	
Scintigraphie hépatobiliaire postcholécystokinine		4078	51	
Scintitomographie du foie et de la rate (incluant la scintigraphie du foie)		4074	41	
Scintitomographie hépatique aux globules rouges (incluant débit et phase immédiate)		4075	64	
Recherche de saignement digestif (incluant débit et marquage des globules rouges)		4080	46	
Photos tardives 1 à 24 heures (par séance)		4063	23	
Photos après 24 heures (par séance)		4081	13	
Scintigraphie abdominale au pertechnétate (Meckel) (incluant débit et phase immédiate)		4085	46	
Épreuve de Schilling		4038	8	
Répétition avec facteur intrinsèque		4039	8	
Épreuve de Schilling avec double marquage et facteur intrinsèque		4040	12	
2.4 Système cardiovasculaire				
Étude du débit dynamique (aorte, branches et veines)		4045	23	
Scintigraphie veineuse		4088	45	
Étude de surveillance pharmacologique		4065	56	
Scintigraphie de la perfusion myocardique (planaire)		4068	23	
Scintigraphie de la perfusion myocardique avec tomographie incluant étude planaire (à l'effort ou pharmacologie)		4091	45	
Scintigraphie de la perfusion myocardique avec tomographie incluant étude planaire (repos ou redistribution)		4092	45	
Scintigraphie cardiaque-infarctus		4069	23	
Avec tomographie		4095	42	
Fraction d'éjection au premier passage		4070	23	
Scintigraphie du mouvement des parois myocardiques		4071	44	
Si associée à scintigraphie de la perfusion myocardique (inclut repos et/ou effort/pharmacologie)		4109	22	
Scintigraphie du mouvement des parois myocardiques avec mesure de la fraction d'éjection		4072	52	
Si associée à scintigraphie de la perfusion myocardique (inclut repos et/ou effort/pharmacologie)		4110	26	
Recherche de shunt cardiaque par méthode radio-isotopique		4103	40	

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
2.5	**Système respiratoire**				
	Scintigraphie pulmonaire				
	Ventilation ou perfusion		4047	38	
	Ventilation et perfusion le même jour		4048	63	
	Recherche d'aspiration pulmonaire par méthode radio-isotopique		4101	20	
2.6	**Système nerveux central**				
	Scintigraphie cérébrale		4049	31	
	Scintigraphie cérébrale avec étude du débit cérébral		4050	38	
	Cisternographie isotopique (incluant recherche de fuite de LCR)		4051	77	
	Scintitomographie cérébrale (incluant la scintigraphie cérébrale)		4084	49	
	Évaluation d'une dérivation ventriculopéritonéale ou ventriculocardiaque par méthode radio-isotopique		4099	39	
2.7	**Système squelettique**				
	Scintigraphie osseuse		4052	46	
	Scintitomographie osseuse (incluant le code de service 4052)		4083	64	
	Système squelettique études métaboliques		4053	23	
2.8	**Autres systèmes**				
	Scintigraphie pancorporelle (à l'exclusion de la scintigraphie osseuse)		4086	46	
	Scintigraphie des parathyroïdes		4055	23	
	Scintigraphie au gallium		4056	49	
	Scintigraphie aux globules blancs marqués		4061	46	
	Scintigraphie des conduits lacrymaux		4087	40	
	Tomographie – pour toute scintigraphie, en supplément		4058	29	

☞ ***Note de l'Assurance-maladie : Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 4058 peut être facturé en supplément aux codes de service qui n'incluent pas un examen tomographique ou à ceux qui incluent un examen tomographique mais requièrent un autre examen tomographique du même site ou d'un site différent.***

Scintimammographie		4098	40	
TEP				
1 région		4104	141	
2 régions ou plus		4105	203	
Lymphoscintigraphie		4100	49	
Photos à 24 heures (par séance)		4081	13	
Scintigraphie pancorporelle au MIBG		4082	50	

CHAPITRE 25 : CODES D'EMPLACEMENT

25.1 Cliniques sans rendez-vous : définition

- Services de soins primaires offerts en clinique ou en cabinet se caractérisant par des heures d'ouverture prolongées, l'absence de rendez-vous et des soins épisodiques avec peu ou pas de suivi.
- Il n'y a pas de registre normalisé des patients; la liste des patients change constamment.

Veuillez communiquer avec l'Assurance-maladie pour signaler les nouvelles cliniques ou les cliniques existantes qui ne figurent pas sur la liste ci-dessous. Lorsque vous soumettrez vos demandes de paiement, le code d'emplacement deviendra obligatoire avec l'utilisation du code de service 0003.

Code d'emplacement	Nom	Emplacement
300	Nashwaaksis After Hours Clinic	Fredericton
301	Regent Street After Hours Clinic	Fredericton
302	St. George Street After Hours Clinic	Moncton
303	Riverview After Hours Clinic	Riverview
304	St. Peter Avenue After Hours Clinic	Bathurst
305	Saint John After Hours Medical Clinic	Saint John
306	New Maryland After Hours Medical Clinic	New Maryland
307	KV After Hours Medical Clinic	Rothesay
308	Chatham After Hours Clinic	Miramichi East
309	Pleasant St. After Hours Clinic	Miramichi West
310	Clinique sans rendez-vous (Bateman St.)	Edmundston
311	After Hours Medical Clinic –Moncton North	Moncton
312	Saint John Outreach	Saint John
313	Clinique Dr Louis N Bourque	Moncton
314	Clinique Apres Heures Providence	Moncton
315	Centre Medical Regional Shediac	Shediac
316	Clinique Après Heure Champlain	Dieppe
317	Charlotte County Family Medicine Clinic	St. Stephen
318	Main Street Family Medical Clinic	Moncton
319	Sussex Family Medical Clinic	Sussex
320	St Andrews Medical Clinic	St Andrews
321	Mountain Road Afterhour Clinic	Moncton
322	Clinique Médicale sans rendez-vous	Shippagan
323	Clinique Depannage du Marais	Dieppe
324	Causeway Medical Clinic	Riverview
325	Clinique Médicale du soir	Caraquet
326	Prospect After Hours Clinic	Fredericton
327	Dr Jaswinder Afterhours Clinic	Moncton

328	Woodstock Medical Clinic After Hours Clinic	Woodstock
329	Clinique sans rendez-vous Beresford Walk-In Clinic	Beresford
330	Walk-in Clinic sans rendez-vous Dr. Tran	St. Jacques
331	Clinique sans randez-vous du Haut-Madawaska	Clair
332	Brookside Mall Walk-in Clinic	Fredericton
333	Maritime After Hours Clinic	Moncton
334	Dr. Paul Smith Walk in Clinic	Fredericton
335	Trinity Medical Clinic	Moncton
336	Dundonald After Hours Clinic	Fredericton
337	Optimal Health	Moncton
338	Elsipogtog Health Centre and Wellness Centre	Elsipogtog
339	Viveta Medical Clinic	Woodstock
340	Kent Same Day Medical Clinic	Richibucto
341	Medecine Familiale de Shedac	Shediac
342	Clinique de Dépannage Memramcook	Memramcook
343	Clinique Médicale de Cocagne	Cocagne
344	Nackawic After Hours Clinic	Nackawic
345	Eel Ground Health & Wellness Center Walk in Clinic	Eel Ground
346	Millidgeville Medical Clinic	Saint John
347	Dr. Jacques Beland Evening Clinic	Fredericton
348	Moncton Medical Clinic – After Hours Coverage	Moncton
349	Maple Tree Clinic	St. Stephen
350	Dr. Kaminska Walk-in Clinic	St. George
351	Lower Cove After Hours Clinic	Sussex
352	Coverdale After Hours Medical Clinic	Riverview
353	Clinique sans Rendez-vous Restigouche	Campbellton
354	Millennium Medical Clinic	Quispamsis

25.2 Centre de santé mentale communautaire

Code d'emplacement	Nom
101	RRS 1SE – MONCTON (HORIZON) CMHC
111	RRS 1B – MONCTON (VITALITE)
113	RRS 1B – RICHIBUCTO CMHC
114	RRS 1 – SACKVILLE CMHC
115	RRS 1 – SHEDIAC CMHC
121	RRS 2 – SAINT JOHN CMHC
123	RRS 2 – SUSSEX CMHC
125	RRS 2 – ST STEPHEN CMCH
126	RRS 2 – GRAND MANAN CMHC
127	RRS 2 – ST GEORGE CMHC

131	RRS 3 – FREDERICTON CMHC
133	RRS 3- WOODSTOCK CMHC
134	RRS 3 – PERTH-ANDOVER CMCH
141	RRS 4 – EDMUNDSTON CMHC
143	RRS 4 – GRAND FALLS CMHC
144	RRS 5 – KEDGWICK CMHC
151	RRS 5 – CAMPBELLTON CMHC
152	RRS 5 – CENTRE OF EXCELLENCE FOR YOUTH – CAMPBELLTON CMHC
161	RRS 6 – BATHURST CMCH
163	RRS 6 – CARAQUET
164	RRS – 6 SHIPPAGAN CMHC
165	RRS 6 – TRACADIE-SHEILA CMHC
171	RRS 7 – MIRAMICHI CMHC

25.3 Établissements de soins palliatifs approuvés par le gouvernement :

Code d'emplacement	Nom
89	ÉTABLISSEMENT DE SOINS PALLIATIFS – SAINT JOHN
91	ÉTABLISSEMENT DE SOINS PALLIATIFS – FRÉDÉRICTON
92	ÉTABLISSEMENT DE SOINS PALLIATIFS – MONCTON
93	ÉTABLISSEMENT DE SOINS PALLIATIFS – MIRAMICHI