

NOTE DE SERVICE



**Ministère de la Santé
Assurance-maladie et services aux médecins**

C.P. 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

Date : 27 mars 2026

Réf. :

À : Tous les médecins
Réseau de santé Vitalité
Réseau de santé Horizon

Sujet : Changements apportés à l'allocation des honoraires à l'acte pour 2025-2027

Les pièces A et B ci-jointes représentent les modifications convenues concernant l'allocation des honoraires à l'acte des ajustements de ressources applicables aux spécialistes en médecine et en chirurgie ainsi qu'aux spécialistes en médecine familiale. Ces modifications englobent également l'augmentation de **2,5 %** négociée pour la première année (**2025-2026**) et de **3,5 %** pour la deuxième année (**2026-2027**) dans le cadre de l'Entente sur les services de médecin (ECSM) 2025-2029 conclue entre la province du Nouveau-Brunswick et la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Certaines de ces modifications ne font pas partie de la répartition des honoraires à l'acte pour 2025-2027, mais constituent des modifications négociées dans le cadre de la ECSM qui entrent en vigueur simultanément et sont indiquées comme telles.

Les nouveaux taux résultant de la répartition des honoraires pour 2025-2027 entreront en vigueur le **1er avril 2026**, sauf indication contraire.

Les médecins ne doivent pas soumettre de factures entre minuit et 6 h le 1er avril 2026. Les réclamations soumises pendant cette période seront payées aux anciens taux, et aucun ajustement rétroactif ne sera effectué.

Votre logiciel de facturation doit être mis à jour avant 6 h le 1er avril 2026. Avant de soumettre toute demande de remboursement le 1er avril 2026, veuillez-vous assurer que votre logiciel a bien été mis à jour. Tous les fournisseurs tiers ont reçu des communications concernant ces mises à jour et ont été informés que les modifications doivent être en place pour le 1er avril 2026. Après cette date, il vous incombera de facturer les nouveaux taux. **Aucun paiement ni ajustement rétroactif ne sera effectué pour les services fournis après cette date.**



Si votre logiciel de facturation n'est pas mis à jour d'ici cette date, veuillez contacter votre fournisseur tiers de logiciels de facturation ou le système de facturation à l'Assurance-maladie (FAM). Les utilisateurs FAM peuvent communiquer avec le soutien aux utilisateurs pour le service d'applications provinciales en santé (FAM) au (506) 453-8274.

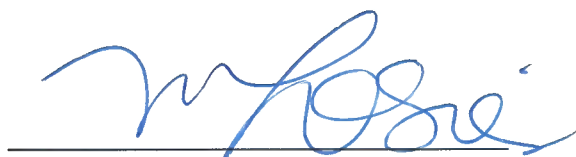
Les informations concernant les paiements rétroactifs pour l'année 2025-2026 seront communiquées dans une note distincte à une date ultérieure.

Des renseignements concernant le nouveau **Régime de la rémunération du personnel médicale** et l'addendum seront présentés dans une communication distincte.

Conservez cette lettre et ses pièces jointes jusqu'à ce que les mises à jour soient intégrées au manuel du médecin et publiées en ligne.

Veillez fournir à votre personnel de facturation une copie des pièces jointes A et B.

Si vous avez des questions concernant ces changements, n'hésitez pas à communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick au (506) 458-8860 ou par courriel au info@nbms.nb.ca, Questions des praticiens au PELS.DRPL@gnb.ca, (506) 444-5860 (anglais), (506) 457-7572 (bilingue), (506) 444-5876 (bilingue) ou (506) 261-0415 (anglais),.



Michelle Losier

Directrice générale - Assurance-maladie et services aux médecins

CC : Société médicale du Nouveau-Brunswick
Assurance-maladie et services aux médecins

PIÈCE JOINTE A

ALLOCATION DES PAIEMENTS MANUELS 2025-2027

1. TAUX À LA VACATION

À compter du 1er avril 2026, les changements suivants s'appliqueront :

a) Taux à la vacation général:

Le taux à la vacation général de **148,11 \$/h**, augmentera à **175,00 \$/h**.

b) Hospitalistes – Changement de ECSM

Les tarifs du programme hospitalistes des hôpitaux régionaux réénumérés à la vacation actuellement en vigueur passeront à des tarifs d'un taux journalier de 1 800 \$, qui inclut les responsabilités du médecin en service de garde.

Les ententes des heures à la vacation existantes pour les services hospitalistes qui sont rémunérés au taux à la vacation général de **148,11 \$/h** seront augmentées à **187,50 \$/h**. Ce nouveau taux s'appliquera aux hôpitaux suivants :

- The Moncton Hospital
- Upper River Valley Hospital
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôpital général de Grand-Sault
- Hôpital de Tracadie
- Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
- Hôpital Stella-Maris-de-Kent
- Sackville Memorial Hospital
- Charlotte County Hospital

c) Taux à la vacation du service des urgences:

Les tarifs à la vacation actuellement en vigueur pour les services d'urgence, réénumérées à **247,27 \$/heure** pour les hôpitaux régionaux et à **231,20 \$/heure** pour les hôpitaux non régionaux, passeront à **293,80 \$/heure** pour les services d'urgence des hôpitaux régionaux et non régionaux, y compris l'AFP de l'hôpital régional de Saint John.

d) Taux à la vacation en psychiatrie :

Le taux à la vacation en psychiatrie de **158,50 \$/h**, augmentera à **250,00 \$/h**.

e) Taux à la vacation dédié OBS/Anesthésie :

Le taux à la vacation dédié OBS/Anesthésie de **195,60 \$/h**, augmentera à **224,10 \$/h**.

2. AUTRE PLAN DE FINANCEMENT (APF)

Les médecins principaux de l'APF recevront une lettre avec les nouveaux montants de financement de l'APF. Une mise à jour des plans de pratiques seront tenus d'initier le paiement du nouveau financement.

3. PROGRAMME DE SERVICE DE GARDE AUTORISÉ

À compter du 1er avril 2026, toutes les rotations du service de garde autorisé seront facturées utilisant la valeur d'unité générique de 1,00 \$ (actuellement de 1,01 \$).

Les modifications suivantes s'appliqueront aux taux du service de garde à compter du 1er avril 2026 :

- a) Le taux du service de garde **régulière**, actuellement de 272,70 \$, passera à **300,00 \$** (300 unités à 1,00 \$) pour toutes les rotations.
- b) Le taux du service de garde pour **les centres correctionnels provinciaux**, actuellement de 272,70 \$, passera à **300,00 \$** (300 unités à 1,00\$) pour toutes les rotations.
- c) Le taux du service de garde des **foyer de soins**, actuellement de 212,10\$, passera à **215,00 \$** (215 unités à 1,00 \$) pour toutes les rotations.
- d) Le taux du service de garde **provinciale**, actuellement de 500,00 \$, passera à **600,00 \$** (600 unités à 1,00 \$) pour toutes les rotations.

PIÈCE JOINTE B

ALLOCATION À L'ACTE 2025-2027

1. IMMUNISATIONS

À compter **du 1er avril 2026**, les codes de service d'immunisation payables avec la visite payée à 15 unités seront payés à un (**maximum de 4 @100** % par date de service).

À compter **du 1er avril 2026**, les codes de service d'immunisation non payable avec une intervention ou une visite payée à 20 unités seront payés à un (**maximum de 4 @100** % par date de service).

2. CONSULTATION ÉLECTRONIQUE (eConsult)

À compter du **1er avril 2026**, un **NOUVEAU** code de service asynchrone « **consultation électronique d'un fournisseur référent** » a été mis en place.

À compter du **1er avril 2026**, des optimisations au code de service existant 1842 « **consultation électronique d'un fournisseur consultant** » a été mis à jour.

**** Les règles et directives de facturation applicables sont décrites dans l'Annexe 1 ci-joint, situé à la fin de ce document. ****

3. AUGMENTATION DE LA VALEUR UNITAIRE

Augmentation de la valeur des unités à compter **du 1er avril 2026**

Spécialités certifiées / non certifiées

Spécialité	Ancienne valeur unitaire	Nouvelle valeur unitaire
Médecine familiale – Anesthésie MF	1,57 \$ 19,56 \$	1,67 \$ 22,41 \$
Anesthésie – Unités générales Anesthésie	1,64 \$ 19,56 \$	1,66 \$ 22,41 \$
Chirurgie cardiaque	1,14 \$	1,14 \$
Dermatologie	1,50 \$	1,60 \$
Radiologie diagnostique - Non certifié	1,34 \$ 1,01 \$	1,50 \$ 1,13 \$
Médecine d'urgence	1,54 \$	1,67 \$
Médecine interne générale	1,26 \$	1,59 \$
Chirurgie générale	1,31 \$	1,31 \$
Cardiologie, cardiologie interventionnelle et électrophysiologie cardiaque	1,15 \$	1,35 \$
Allergie clinique et immunologie	1,15 \$	1,32 \$
Médecine en soins intensifs	1,15 \$	1,32 \$
Endocrinologie et métabolisme	1,15 \$	1,32 \$
Gastroentérologie	1,15 \$	1,34 \$
Gériatrie	1,15 \$	1,32 \$
Hématologie	1,15 \$	1,32 \$
Microbiologie médicale et maladies infectieuses	1,15 \$	1,32 \$
Oncologie médicale	1,15 \$	1,15 \$
Néphrologie	1,15 \$	1,33 \$
Radio-oncologie	1,15 \$	1,32 \$
Médecine materno-fœtale	1,38 \$	1,38 \$
Neurologie	1,53 \$	1,86 \$
Médecine nucléaire - Non certifié	1,41 \$ 1,06 \$	1,58 \$ 1,19 \$
Neurochirurgie	2,37 \$	2,89 \$
Obstétrique et gynécologie	1,44 \$	1,66 \$
Ophtalmologie	1,19 \$	1,20 \$
Chirurgie orthopédique	1,37 \$	1,58 \$

Spécialité	Ancienne valeur unitaire	Nouvelle valeur unitaire
Oto-laryngologie	1,25 \$	1,44 \$
Pédiatrie	1,47 \$	1,70 \$
Physiatrie et réadaptation	1,89 \$	2,06 \$
Chirurgie plastique	1,58 \$	1,93 \$
Psychiatrie	1,37 \$	1,70 \$
Pneumologie	1,61 \$	1,84 \$
Rhumatologie	1,38 \$	1,45 \$
Assistance chirurgicale normalisée	1,58 \$	1,93 \$
Chirurgie thoracique	1,31 \$	1,31 \$
Urologie	1,28 \$	1,49 \$
Chirurgie vasculaire	1,31 \$	1,55 \$
Clinique sans rendez-vous	1,05 \$	1,05 \$

4. AUGMENTATIONS DES UNITÉS

À compter du 1er avril 2026, sauf indication contraire

ÉLÉMENTS COMMUNS À TOUS LES MÉDECINS			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
2	Injections thérapeutiques	17	20
2	Injections thérapeutiques - Infirmière	8	9
4	Visite à domicile	47	95
5	Visite à domicile - patient additionnel	32	37
8	Visite d'urgence à domicile	67	137
9	Foyers de soins - patient additionnel	25	37
21	Évaluation initiale - Non spécialiste	181	199
22	Taux journalier - Non spécialiste	31	34
23	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive - Non spécialiste	40	44
45	Transfert - Soins à l'hôpital	31	35
193	Counseling aux patients	28	37
195	Visite en cabinet médical - d'un patient PEM	21	37
196	Visite en cabinet médical - 2 ou plus patient PEM	27	45
199	Soins de soutien	39	43
200	Surveillance exclusive	28	37

200	Surveillance exclusive - Infirmière	13	17
204	Visite à domicile PEM - Avec admission au programme	157	168
205	Visite à domicile PEM - Chez un patient déjà admis	131	142
206	Visite à domicile PEM - Visite d'urgence	157	168
208	Visite à domicile PEM - Patient additionnel	30	40
209	Visite PEM (autre que la visite à domicile) avec admission au programme	41	55
210	Communication	16	17
210	Communication - Infirmière	7	8
216	Counseling familial	28	37
847	Visite à domicile palliative PEM	131	141
848	Visite à domicile palliative PEM - Visite d'urgence	157	166
1752	Visite d'urgence au Foyers de soins , la nuit ou les fins de semaine,	56	63
1819	Transfert - soins intensifs	31	35
1894	Hyposensibilisation	13	17
2000	Foyers de soins - Examen complet avant l'admission	45	58
2001	Foyers de soins - Premier patient vu pendant la visite	40	52
2020	Jour - Premier patient (visite faite sur demande)	91	120
2021	Jour - Patient additionnel	27	37
2831	Nuit - Premier patient soigné dans un hôpital où l'on assure un service sur place	43	120
2832	Nuit - Patient additionnel, tout hôpital	32	37
2854	Nuit - Premier patient soigné dans un hôpital sans service sur place	99	130
2855	Visite d'urgence de jour	56	105
2856	Visite d'urgence de nuit et les fins de semaine	82	130
2858	Patient supplémentaire, visite d'urgence au bureau	31	37
2859	Patient supplémentaire, autre lieu visite d'urgence	24	37
2861	Visite d'urgence supplémentaire pour le patient	43	85
2925	Jour - Premier patient – visite spéciale à partir du cabinet sur place	27	38
2926	Nuit - Médecin se déplaçant de son cabinet sur place	43	130

MÉDECINE FAMILIALE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
1	Visite en cabinet	33	37
1	Visite en cabinet - Infirmière	15	17
10	Consultation majeure ou régionale	62	90
12	Consultation subséquente dans les 30 jours	49	77

14	Accouchement	446	480
15	Examen prénatal complet	59	68
16	Visite prénatale et/ou postnatale	32	40
17	Soins du nouveau-nés	79	94
18	Prématuré - Jusqu'à 3 semaines	65	81
19	Soins du bébé normal	34	40
20	Psychothérapie	28	37
20	Psychothérapie - Infirmière	13	17
30	Prématuré - Les trois semaines suivantes	65	78
214	Visite - Dans le port	50	56
386	Visite - Au quai	45	51
1404	Césarienne	471	525
1406	Accouchement vaginal assisté	450	500
1413	Naissances multiples	226	276
8101	Visite en cabinet - personnes âgées, en supplément	9	10
8101	Visite en cabinet - personnes âgées, en supplément - Infirmière	4	5
8104	Collaboration IP/MF	25	37
8105	Transfert d'un patient	25	37
8106	Examen en vue d'un aiguillage	32	37
8108	Première visite par médecin traitant - Hôpital	30	37
8110	Consultation auprès d'un patient hospitalisé	38	68
8116	Dépendance aux opiacés - Visite en cabinet	32	37
8161	AMAM, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	60	66
8715	Présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement	366	415
8720	Visite à l'externe avec rendez-vous	31	33
8985	Visite - patients complexes - en supplément	9	10
8986	Soins médicaux complexes - Groupe	32	37
9142	Interruption médicale de grossesse, en supplément	88	96
9143	Cannabis - Visite en cabinet	32	37

ANESTHÉSIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
40	Soins de supervision	39	43
201	Évaluation de l'aptitude à l'anesthésie	56	59
313	Évaluation initiale et instauration des soins	221	243
314	Taux journalier, par jour	39	43
315	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55

2927	Soins à l'hôpital - Admission	81	85
2928	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2929	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	24	28
8327	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46

DERMATOLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
46	Soins de supervision	39	43
119	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	61	71
121	Visites en cabinet - suivi	40	49
125	Consultation majeure ou régionale	84	91
126	Subséquente dans les 30 jours	70	78
134	Biopsie cutanée diagnostique	34	38
154	Thérapie PUVA	23	27
2255	Soins à l'hôpital - Admission	81	85
2256	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2258	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	24	28
2257	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
8121	Luminothérapie aux UV à bande étroite	23	27
8350	Mohs - Initiale	254	262
8351	Mohs - Un ou plusieurs niveaux supplémentaires	218	226
8352	Mohs - Greffe unique par glissement	150	158
8353	Mohs - Greffe multiple par glissement	240	248
8354	Mohs - Greffe unique par glissement	180	188
8355	Mohs - Greffe multiple par glissement	240	248
8356	Mohs - Greffe d'épaisseur complète	173	181
8357	Mohs - Greffe d'épaisseur partielle	116	124
8723	Visite à l'externe avec rendez-vous	31	32
9012	Excision elliptique et réparation chirurgicale - carcinome de la peau	84	90

CARDIOLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
853	Morphologie cardiaque	116	130
856	Évaluation et quantification de la fonction cardiaque	116	130
857	Viabilité cardiaque	116	130
9515	Consultation majeure ou spécifique	133	136
9516	Subséquente dans les 30 jours	115	120
9518	Visites en cabinet - suivi	56	59

9547	Évaluation initiale et instauration des soins	226	249
9548	Taux journalier, par jour	81	89
9549	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
9560	Code de transfert - Soins en USI	62	68
9519	Soins à l'hôpital - Admission	95	99
9541	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
9542	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30
9543	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
9545	Soins de supervision	39	43
9546	Visite à l'externe avec rendez-vous	34	35

GASTROENTÉROLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
9610	Visites en cabinet - suivi	56	57
197	Soins de supervision	39	43
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
9619	Évaluation initiale et instauration des soins	226	249
9620	Taux journalier, par jour	81	89
9621	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
9611	Soins à l'hôpital - Admission	95	99
9612	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
9613	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30
9614	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
9617	Visite à l'externe avec rendez-vous	34	36

MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
220	Évaluation initiale et instauration des soins	226	249
221	Taux journalier, par jour	81	89
222	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
1821	Code de transfert - Soins en USI	62	68
8740	Visite à l'externe avec rendez-vous	46	56
8760	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	89	94
8763	Visites en cabinet - suivi	66	75
8764	Consultation majeure ou spécifique	147	150
8765	Subséquente dans les 30 jours	120	124
8766	Soins à l'hôpital - Admission	95	99
8767	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
8768	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30

8769	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
8770	Soins de supervision	39	43

CHIRURGIE GÉNÉRALE

(Voir la section 7 du mémo pour les détails sur les augmentations d'unités des chapitres 7, 11 et 12)

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
26	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	72	106
29	Visites en cabinet - suivi	53	83
31	Consultation majeure ou spécifique	90	124
33	Subséquente dans les 30 jours	73	108
34	Visite à domicile	47	80
47	Soins de supervision	39	43
2381	Soins à l'hôpital - Admission	58	62
2382	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2384	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	25	29
2383	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
2416	Traitement initial de polytraumatisme	120	156
2833	Évaluation initiale et instauration des soins	221	243
2834	Taux journalier, par jour	39	43
2835	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
8724	Visite à l'externe avec rendez-vous	34	54

NÉPHROLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
197	Soins de supervision	39	43
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
9698	Taux journalier, par jour	81	89
9689	Visites en cabinet - suivi	56	60
9690	Soins à l'hôpital - Admission	95	99
9691	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
9692	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	26	30
9693	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
9696	Visite à l'externe avec rendez-vous	34	37

NEUROLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
61	Soins de supervision	39	43
156	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	94	95
159	Visites en cabinet - suivi	73	81

161	Consultation majeure ou spécifique	105	115
162	Subséquente dans les 30 jours	89	101
168	Électroencéphalographie – simple interprétation	25	30
177	Ponction lombaire	38	40
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
224	Évaluation initiale et instauration des soins	221	243
225	Taux journalier, par jour	35	39
226	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
2501	Soins à l'hôpital - Admission	81	85
2502	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2504	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	24	28
2503	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
2646	Potentiel évoqué visuel	15	17
9141	Soins patients complexes – clinique consultation externe	73	80

NEUROCHIRURGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
62	Soins de supervision	18	26
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
1508	Évaluation initiale et établissement des soins	221	225
1513	Tarif journalier, par jour	39	43
2391	Soins à l'hôpital - Admission	75	79
2392	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	18	22
2394	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	12	16
2393	Soins à l'hôpital – date du congé	28	32

OBSTÉTRIQUE & GYNÉCOLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
48	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	59	75
50	Visites en cabinet - suivi	41	56
54	Consultation majeure ou spécifique	71	98
56	Subséquente dans les 30 jours	56	81
58	Accouchement (avec ou sans complications)	516	590
166	Soins de supervision	39	43
835	Vaginale assistée par laparoscopie	500	560
1400	D et C pour avortement incomplet ou manqué	100	125
1413	Naissances multiples, en supplément	226	276
1419	Abcès de la vulve, glande de Bartholin ou de Skene. Incision et drainage et/ou insertion d'un cathéter	38	50

1420	Marsupialisation	100	130
1458	Hystérectomie sous-totale	304	355
2411	Soins à l'hôpital - Admission	58	62
2412	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2414	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	25	29
2413	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
2977	Endoscopie hystéroscopie - diagnostique	100	130
8182	Cogestion active pendant le travail	261	300
8183	En disponibilité pendant le travail	170	250
8701	Césarienne	598	725
8702	Hystérectomie césarienne, sous-totale ou totale	690	900
8703	Accouchement vaginal assisté	582	650
8706	Actes gynécologiques	113	115
8728	Visite à l'externe avec rendez-vous	35	49
9017	Hystérectomie - Laparoscopie totale	500	550
9029	En disponibilité pendant l'accouchement	99	250
9408	Visite à l'externe avec rendez-vous - liée à la grossesse	35	49

OPHTALMOLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
57	Soins de supervision	39	43
64	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	61	79
66	Visites en cabinet - suivi	32	57
69	Consultation majeure ou spécifique	84	99
71	Subséquente dans les 30 jours	60	81
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
282	Examen ophtalmologique complet - patient orienté	83	99
1603	Exérèse de ptérygion	102	204
1613	Plaie perforante de la cornée +/- prolapsus de l'iris	500	750
1615	Kératectomie superficielle	231	330
1616 (Changement de description)	Kératoplastie lamellaire (auto ou cadavérique) <i>Note de l'Assurance-maladie: La greffe de cellules souches limbares doit être facturée sous le code de service 1616.</i>	385	673
1617 (Changement de description)	Kératoplastie pénétrante (cadavérique)	619	792
1621	Toute plaie perforante +/- prolapsus	500	750
1624	Épilation pour trichiasis	8	20
1643	Énucléation du globe oculaire - sans prothèse	192	600

1644	Énucléation du globe oculaire - Avec prothèse +/- attachement des muscles	231	600
1646	Éviscération du contenu oculaire - sans prothèse	192	600
1647	Éviscération du contenu oculaire - Avec prothèse +/- attachement des muscles	231	600
1655	Opérations pour strabisme – un ou plusieurs muscles	600	750
1657	Abcès orbitaire, incision et drainage	154	600
1658	Exploration orbitaire	385	600
1659	Exérèse de tumeur ou lésion orbitaire	385	600
1662	Orbitotomie avec exérèse de corps étranger intraorbitaire	231	600
2415	Chalazion/kyste tarse - Anesthésie générale	38	125
2195	Tarsorrhaphie	115	150
2196	Réparation, épaisseur totale	154	308
2227	Réparation de lacération	46	92
2266	Ptose unilatérale	225	320
2268	Raccourcissent horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent	150	200
2421	Soins à l'hôpital - Admission	59	63
2422	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2424	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	25	29
2423	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
8729	Visite à l'externe avec rendez-vous	32	43
9437	Ptose bilatérale	450	640
2389	Greffe pénétrante associée à l'extraction de cataracte (code de service retiré)	600	N/A

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

(Voir la section 7 du mémo pour les détails sur l'augmentation des unités au chapitre 8)

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouveau Unités
63	Soins de supervision	39	43
76	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	69	92
78	Visites en cabinet - suivi	53	75
81	Consultation majeure ou spécifique	88	104
83	Subséquente dans les 30 jours	75	95
2431	Soins à l'hôpital - Admission	59	63
2432	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2434	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	25	29
2433	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
8730	Visite à l'externe avec rendez-vous	35	44

OTOLARYNGOLOGIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouveau Unités
52	Soins de supervision	39	43
102	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	56	60
104	Visites en cabinet - suivi	39	43
107	Consultation majeure ou spécifique	86	90
109	Subséquente dans les 30 jours	70	76
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
240	Amygdalectomie	138	206
697	Trachéostomie	250	375
1678	Myringotomie - Unilatérale	44	66
1679	Myringotomie - Bilatérale	88	132
1728	Microlaryngoscopie, en supplément	36	54
2441	Soins à l'hôpital - Admission	63	67
2442	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2444	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	27	31
2443	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
2877	Taux journalier, par jour	39	43
8731	Visite à l'externe avec rendez-vous	30	36

PÉDIATRIE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouveau Unités
68	Soins de supervision	39	43
85	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	84	125
87	Visites en cabinet – suivi	62	96
90	Visite en cabinet – Troubles de santé majeurs chroniques	105	139
91	Évaluation du développement neurologique	237	320
93	Consultation majeure ou spécifique	164	220
94	Subséquente dans les 30 jours	132	188
198	Soins de supervision - Soins intensifs	22	26
237	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive	50	55
247	Évaluation initiale et instauration des soins	230	253
248	Taux journalier, par jour	45	50
1830	Code de transfert - Soins en USI	87	96
2451	Soins à l'hôpital - Admission	165	169
2453	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2455	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	27	31
8214	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46

8732	Visite à l'externe avec rendez-vous	105	139
PHYSIATRIE ET RÉADAPTATION			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouveau Unités
98	Soins de supervision	39	43
202	Consultation majeure ou spécifique	120	134
287	Subséquente dans les 30 jours	99	111
288	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	90	105
290	Visites en cabinet - suivi	69	90
302	Électromyographie - Majeure	60	72
303	Électromyographie - Mineure	30	42
2491	Soins à l'hôpital - Admission	81	85
2492	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2494	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	27	31
2493	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
8733	Visite à l'externe avec rendez-vous	62	70
CHIRURGIE PLASTIQUE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouveau Unités
80	Soins de supervision	39	43
305	Consultation majeure ou spécifique	74	75
2461	Soins à l'hôpital - Admission	54	58
2462	Soins à l'hôpital - du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2464	Soins à l'hôpital - après 30 jours, par jour	24	28
2463	Soins à l'hôpital - date du congé	42	46
2876	Évaluation initiale et instauration des soins	221	243
2877	Taux journalier	39	43
2846	Reconstruction du sein par prothèse et/ou tissus mous - Unilatérale	392	396
9439	Reconstruction du sein par prothèse et/ou tissus mous - Bilatérale	784	792
PSYCHIATRIE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
59	Soins de supervision	109	113
321	Consultation majeure ou spécifique	220	252
322	Subséquente dans les 30 jours	136	179
324	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	135	230
325	Visites en cabinet - suivi	68	120
331	Soins psychiatriques	46	53

333	Électrochocs	70	109
340	Entrevue à des fins diagnostiques ou thérapeutiques	53	62
2471	Soins à l'hôpital - Admission	214	218
2472	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2474	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30
2473	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
8301	Code de transfert - Soins à l'hôpital	80	219
9145	Consultation de personnes âgées, en supplément	50	73
9146	Consultation d'enfants, en supplément	50	73
9354	Présence au tribunal et déplacement, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	47	75
PNEUMOLOGIE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
8241	Soins de supervision	39	43
8242	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	87	89
8245	Visites en cabinet - suivi	58	64
8312	Soins à l'hôpital - Admission	90	94
8313	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
8314	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	25	29
8246	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
RHEUMATOLOGIE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
8315	Consultation majeure ou spécifique	132	140
8316	Subséquente dans les 30 jours	101	109
8344	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	100	117
8347	Visites en cabinet - suivi	85	106
8317	Soins à l'hôpital - Admission	91	95
8318	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
8319	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30
8342	Soins de supervision	39	43
8343	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
CHIRURGIE THORACIQUE			
2416	Traitement initial de polytraumatisme	120	156
9399	Soins à l'hôpital – Admission	54	62
9400	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	35	43
9401	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	21	29
9402	Soins à l'hôpital – date du congé	38	46

UROLOGIE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
97	Soins de supervision	39	43
343	Consultation majeure ou spécifique	73	74
345	Subséquente dans les 30 jours	60	61
346	Première visite en cabinet non référé (par 365 jours)	62	64
349	Visites en cabinet - suivi	42	44
2481	Soins à l'hôpital – Admission	56	60
2482	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
2484	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	24	28
2483	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
2877	Taux journalier	39	43
CHIRURGIE VASCULAIRE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
2416	Traitement initial de polytraumatisme	120	156
2833	Évaluation initiale et instauration des soins	221	243
2834	Taux journalier, par jour	39	43
9369	Soins de supervision	39	43
9374	Soins à l'hôpital – Admission	58	62
9375	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
9376	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	25	29
9377	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
ONCOLOGIE MÉDICALE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
9675	Soins à l'hôpital – Admission	95	99
9676	Soins à l'hôpital – du 2e au 30e jour, par jour	39	43
9677	Soins à l'hôpital – après 30 jours, par jour	26	30
9678	Soins à l'hôpital – date du congé	42	46
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
4102	Soins de supervision	39	43

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
4102	Soins de supervision	39	43

7. CHANGEMENTS IMPORTANTS, DESCRIPTIONS DES CODES DE SERVICE ET AUTRES MODIFICATIONS AUX CODES DE SERVICE EXISTANTS

a) Chapitre 7

À compter du 1er avril 2026, les codes de service et unités suivants ont été révisés et/ou mis à jour :

CHAPITRE 7 – SYSTÈME TEGUMENTAIRE

Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
355	Abcès - sous-cutané - anesthésie locale	20	26
356	Abcès - sous-cutané - anesthésie générale	31	40
357	Abcès - périanal ou pilonidal - anesthésique local	20	26
358	Abcès - périanal ou pilonidal - anesthésie générale	109	142
359	Abcès - ischio-rectal - incision simple, anesthésie locale	20	26
360	Abcès - ischio-rectal - ouverture - soins complets	133	173
372	Sinus pilonidale - excision simple et/ou marsupialisation	182	237
376	Résection de portion d'ongle, chair sous-jacente ou de la matrice	77	100
377	Ablation d'ongle incluant destruction de matrice unguéale et raccourcissement de la phalange	77	100
378	Lipome - simple	52	85
404	Incision drainage d'abcès mammaire	99	129
407	Exérèse simple de masse, biopsie par excision ou mastectomie partielle	218	355
408	Mastectomie simple ou sous-cutanée	285	400
409	Mastectomie radicale ou radicale modifiée, avec dissection des ganglions axillaires	502	665
410	Correction de la gynécomastie	187	243
1900	Aspiration du kyste du sein	15	20
2450	Biopsie, lésion du sein, incluant la biopsie par aspiration à l'aiguille fine	35	46

2924	Exérèse simple de masse, biopsie par excision ou mastectomie partielle avec évidement de ganglions axillaires	513	580
9462	Saignement postopératoire après mastectomie ou réparation de hernie inguinale (acte isolé)	250	325

b) Chapitre 8

À compter du 1er avril 2026, les codes de service et unités suivants ont été révisés et/ou mis à jour :

CHAPITRE 8 - SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
618	Réparation du tendon - Tendon d'Achille	269	420
620	Réparation du tendon - Quadriceps	313	420
1840	Clous intramédullaires, Tibia	460	640
1998 (Changement de description)	Extose de l'os petit ou gros	198	212
2068	Extose du gros os (code de service retiré)	212	N/A
2608	Ostéotomie - radius et cubitus	497	760
2613	Ostéotomie - fémur	528	703
2678	Réduction ouverte avec fixation interne pour l'inclusion de clous flexibles	410	630
2708	Réduction ouverte avec fixation interne, Clavicule	286	370
2825	Réparation du tendon rotulien	313	420
8169	Ostéotomie - péroné	198	271
8170	Ostéotomie - hanche (perthrochantérienne)	552	760
8184	Allongement de l'os long (intervention chirurgicale unique)	561	800
8208	Excision de l'os hétérotopique pour l'ankylose articulaire	506	674
8239	Bi-malléolaire avec réduction ouverte fixation interne de la malléole postérieure	490	757
8391	Tarso-métatarsien (Lisfranc) fermé	62	150
8691	Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément	115	150

8697	Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément	115	150
8712	Excision du fascia pour fibromatose plantaire	259	462
8713	Excision de fascia pour fibromatose plantaire et révision ou greffe de peau	336	550
8748 (Changement de description)	Allongement du tendon d'Achille ouvert ou fermé	154	210
8757 (Changement de description)	Réparation de l'avulsion du tendon de l'abducteur, hanche (1-2 ancras de suture ou tunnel) (procédure isolée)	353	682
8758	Réparation de la coiffe des rotateurs - avec 3 ancrages de suture ou plus	556	682
8775	Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément	115	150
8792	Ostéotomie - calcaneus	383	461
8903	Bunionectomie avec correction des tissus mous, ténctomie et ostéotomie distale du premier métatarsien, tout compris	273	300
8905	Arthroplastie première articulation MTP (dispositif interpositionnel « semblable à Cartiva » ou hémiarthroplastie	259	300
9233	Réduction ouverte avec fixation interne de la fracture de Monteggia avec ROFI de la tête radiale	450	700
9730 (Nouveau code de service)	Réparation de l'avulsion du tendon abducteur, hanche (plus de 3 ancrages de suture ou tunnel)	Nouveau	808

c) Chapitre 9

À compter du 1er avril 2026, les codes de service et unités suivants ont été révisés et/ou mis à jour :

CHAPITRE 9 - SYSTÈME RESPIRATOIRE			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
724	Thoracostomie avec insertion de drain thoracique Pneumothorax ou effusion	38	200

d) Chapitre 11

À compter du 1er avril 2026, les codes de service et unités suivants ont été révisés et/ou mis à jour :

CHAPITRE 11 – SYSTÈMES HÉMIQUES ET LYMPHATIQUES			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
843	Biopsie des ganglions sentinelles Intervention isolée	374	486
844	Biopsie des ganglions sentinelles avec une autre intervention - en supplément	214	320
865	Splénectomie	500	650
875	Évident des ganglions inguinaux	273	355
876	Évidement radical des ganglions axillaires	412	536
877	Évidement radical des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques	400	520
878	Évidement radical des ganglions inguinaux et iliaques, bilatéral	600	780
879	Biopsie – ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux	83	100

e) Chapitre 12

À compter du 1er avril 2026, les codes de service et unités suivants ont été révisés et/ou mis à jour :

CHAPITRE 12 – SYSTÈME DIGESTIF			
Code de Service	Spécialité/Description	Anciennes unités	Nouvelles unités
802	Proctectomie, sac pelvien	1,108	1440
955	Opération de Heller	462	950
970	Hernie hiatus œsophagienne - approche abdominale	385	900
971	Hernie hiatus plus cholécystectomie, au besoin	555	1200
972	Hernie hiatiale - approche transthoracique	500	1200
977	Réparation transabdominale de la rupture diaphragmatique	500	780
989	Gastrotomie avec exérèse de tumeur ou de corps étranger	254	330
991	Gastrostomie simple avec tube	300	390
996	Gastrectomie – résection en coin pour ulcère	360	468
997	Gastrectomie – partielle ou sous-totale	679	883

998	Gastrectomie – plus réparation de hernie hiatale	593	1300
999	Gastrectomie après gastro-entérostomie ou gastrectomie partielle antérieure	700	910
1001	Gastrectomie totale	800	1040
1002	Excision de lésion gastroduodénale (ulcère récurrent)	593	771
1004	Excision de lésion gastro-jéjunale (ulcère récurrent)	593	771
1008	Gastrectomie longitudinale	834	1084
1009	Pyloroplastie	360	468
1010	Pyloroplastie plus, la vagotomie	501	651
1011	Gastroduodénostomie, gastro-jéjunostomie ou gastro-gastrostomie	360	468
1012	Gastroduodénostomie, gastro-djéjunostomie ou gastrogastrostomie - plus vagotomie	501	651
1013	Pyloroplastie ou gastro-entérostomie avec vagotomie et correction de hernie hiatale	508	660
1015	Fermeture de la gastrostomie ou autres fistules gastrique externe	204	265
1016	Fermeture d'ulcère perforé ou plaie de l'estomac	450	585
1017	Fermeture de fistule gastro-colique ou gastro-jéjunocolique en une étape	593	771
1021	Iléostomie ou jéjunostomie (avec tube)	419	545
1023	Colostomie	419	545
1025	Cæcostomie, en acte isolé	355	462
1026	Entérotomie ou colostomie	305	397
1030	Excision locale de lésion de l'intestin grêle	305	397
1031	Entérectomie – intestin grêle	472	614
1034	Iléon terminal, cæcum et côlon ascendant	600	780
1035	Colectomie partielle	564	733
1036	Hémicolectomie droit	600	780
1037	Colectomie totale avec iléostomie ou anastomose	1,003	1304
1038	Colectomie totale avec résection abdomino-périnéale – équipe simple	1062	1800
1039	Colectomie totale avec résection abdomino-périnéale, équipe double, premier chirurgien	1003	1500
1040	Colectomie totale avec résection abdomino-périnéale APR, équipe double, deuxième chirurgien	354	500
1042	Obstruction intestinale sans résection	454	590
1043	Obstruction intestinale avec résection	590	767
1045	Obstruction intestinale - entéroentérostomie	339	441
1047	Réparation - fistule fécale, radicale avec résection	465	605
1048	Réparation - révision d'iléostomie ou colostomie	109	142

1049	Réparation - fermeture de la perforation	349	454
1051	Gastrostomie simple avec tube associée à une chirurgie abdominale, en supplément	75	98
1053	Fermeture de stomie à boucle/colostomie, +/- résection	413	537
1058	Excision - diverticule de Meckel	360	468
1059	Excision locale de lésion du mésentère	360	468
1060	Résection du mésentère	360	468
1061	Drainage d'abcès, soins complets	354	460
1062	Appendicectomie	363	472
1064	Proctotomie - avec exploration	92	120
1065	Avec décompression (imperforation anale)	92	120
1066	Avec drainage (abcès périrectal)	92	120
1067	Abcès pelvien - drainage	150	195
1068	Proctectomie - résection antérieure du rectum	848	1102
1070	Résection abdomino-périnéale plus colostomie - équipe simple	1,003	1304
1071	Résection abdomino-périnéale plus colostomie équipe double - première chirurgienne	944	1227
1072	Résection abdomino-périnéale plus colostomie équipe double - deuxième chirurgien	354	460
1074	Opération de Hartmann	590	767
1078	Laparotomie diagnostique avec découverte de cancer non résécable	162	211
1079	Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	600	780
1082	Biopsie de la rectosigmoïde pour maladie de Hirschsprung	62	81
1085	Excision de muqueuse	154	200
1086	Réparation majeure - par voie périnéale	360	468
1087	Réparation majeure - par voie abdominale	620	806
1089	Suture rectum - par voie externe	241	313
1090	Suture rectum - par voie intrapéritonéale	400	520
1091	Fermeture de fistule - rectovaginale	339	441
1092	Fermeture de fistule - rectovésicale	339	441
1093	Hémorroïde thromboisée - anesthésie locale	23	30
1095	Excision locale de lésion anale, notamment fissure ou lésion maligne	109	142
1096	Hémorhoïdectomie	182	237
1097	Polype anal, paquets hémorroïdaires résiduels	46	60
1098	Fistule - basse	182	237
1099	Fistula anale - haute	327	425

1100	Biopsie – anesthésie générale	92	120
1105	Anoplastie pour sténose	185	241
1107	Plus réparation de l'anneau anorectal	300	390
1110	Réparation par voie abdomino-périnéale	508	660
1119	Électrodessiccation de condylomes	91	118
1122	Drainage d'abcès ou kyste	360	468
1123	Exérèse de corps étranger	360	468
1124	Incision et tamponnement de plaie	360	468
1128	Marsupialisation de kyste ou d'abcès	360	468
1129	Rupture ou plaie	360	468
1130	Cholécystostomie	300	390
1131	Cholécysto-entérostomie, incluant entéro-entérostomie	400	520
1133	Cholécysto-gastrostomie	305	397
1134	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-enterostomie	508	660
1135	Exploration du cholédoque	480	624
1136	Avec duodénotomie, sphinctérotomie	600	780
1137	Excision - lésion des canaux intrahépatiques	465	605
1138	Cholédochoscopie associée à une chirurgie des voies biliaires, en supplément	60	78
1140	Cholécystectomie (par laparoscopie ou laparotomie)	400	520
1141	Avec cholangiogramme peropératoire	480	624
1142	Cholécystectomie et exploration des voies biliaires	496	645
1144	Plus duodénotomie	619	805
1145	Reconstruction chirurgicale du cholédoque	800	1040
1146	Fermeture de fistule	423	550
1147	Pancréatotomie	425	553
1148	Abcès ou kyste du pancréas	500	650
1149	Pancreatectomie – totale	2,000	2600
1150	Excision locale de lésion	407	529
1151	Pancreatectomie distale ou segmentaire +/- splénectomie	900	1170
1152	Résection pancréatico-duodénale (Opération de type Whipple)	2,000	2600
1153	Excision de kyste du pancréas	407	529
1155	Kysto-duodénostomie pancréatique (technique ouverte)	750	975
1156	Kysto-jéjunostomie pancréatique (latéro-latérale)	510	663
1157	Marsupialisation de kyste	425	553
1158	Laparotomie +/- biopsie	227	295

1159	Abcès péritonéal – drainage d'abcès sous-phrénique	305	397
1160	Abcès intra-abdominal, autre	300	390
1161	Drainage d'abcès de la paroi abdominale, sous anesthésie générale	46	60
1166	Tumeur rétropéritonéale	437	568
1167	Kyste du mésentère	231	300
1169	Péritonéoscopie (laparoscopie)	177	230
1178	Hernie ombilicale — adulte	300	390
1179	Hernie ombilicale — moins de 16 ans	200	260
1182	Hernie diaphragmatique	424	551
1183	Hernie diaphragmatique — avec prothèse	465	605
1184	Hernie incisionnelle ou ventrale — réparation par suture	327	425
1185	Hernie incisionnelle ou ventrale — réparation par prothèse	364	473
1186	Hernie épigastrique	218	283
1187	Étranglement ou incarceration herniaire — sans résection	400	520
1188	Étranglement ou incarceration herniaire — avec résection	590	767
1189	Fermeture secondaire pour éviscération	408	530
1953	Excision Ponction – biopsie	38	49
1980	Hémorroïdectomie - par ligature élastique ou coagulation à l'infrarouge	50	53
2181	Vagotomie sélective pariétale pour ulcère gastroduodénal	508	660
2182	Révision de gastrectomie plus anastomose en Y de Roux, interposition d'une anse jéjunale inversée ou non	700	910
2185	Révision d'iléostomie ou colostomie - en profondeur	349	454
2186	Reconstruction du côlon après une stomie terminale	708	920
2188	Exérèse de sutures infectées profondes (ne s'applique pas durant la période postopératoire au chirurgien qui a pratiqué l'opération)	92	120
2342	Hernie diaphragmatique récidivante par voie abdominale ou transthoracique	539	1400
2456	Polytraumatisme – laparotomie pour traumatisme aigu	400	520
2547	Par voie transthoracique - Avec gastroplastie ou plicature du fond intrathoracique	515	1300
2548	Hernie diaphragmatique récidivante - par voie abdominale ou transthoracique	639	1800

2553	Un des actes ci-dessus plus vagotomie, en supplément	127	165
2556	Hémi-colectomie - gauche	682	887
2558	Révision de dérivation intestinal	462	601
2560	Excision transrectale d'un adénome avancé ou d'une tumeur maligne du rectum	313	407
2561	Abord postérieur pour excision de lésion rectale avec résection de segment sacro-coccygien	313	407
2573	Excision de résidu de la vésicule biliaire ou d'un canal cystique	500	650
2575	Avec exploration du cholédoque et cholangiographie	636	827
2577	Hépatico-jéjunostomie	786	1022
2579	Hernie inguinale ou crurale (+/- mesh) - bilatérale (une première, une récidivante)	697	906
2583	Incision ou ventrale récurrente	431	560
2584	Hernie incisionnelle ou ventrale - avec prothèse	472	614
2585	Réparation d'hernie ventrale lors de la même séance qu'un acte intra-abdominal définitif, en supplément	153	199
2850	Désobstruction du rectum	23	30
2987	Jéjunostomie pour alimentation, conjointement avec d'autres interventions abdominales, en supplément	75	98
2989	Résection cunéiforme/biopsie hépatique ouverte, en supplément (lorsque effectuée en plus d'une intervention abdominale)	64	83
8090	Débridement de plaies	58	75
8114	Hernie hiatusale œsophagienne – fundoplicature laparoscopique Nissen	385	900
8122	Chirurgie bariatrique - Cerclage gastrique	569	740
8123	Chirurgie bariatrique - dérivation gastrique avec anse de Roux en Y	872	1134
8124	Chirurgie bariatrique - déviation biliopancréatique	1,000	1300
8127	Séparation des composants réparation d'une hernie compliquer recurrant avec mesh	800	1040
9147	Microchirurgie endoscopique transanale (TEM)	615	800
9409	Saignement intra-abdominal postopératoire (acte isolé)	350	455
9500	Lambeau d'avancement ou ligature du trajet fistuleux intersphinctérien pour fistule anale	327	425
9502	Excision locale de lésion (moins de 5 cm) (par laparoscopie ou assistée par laparoscopie)	365	475
9503	Lobectomie partielle (excision de plus de 5 cm)	447	581
9504	Lobectomie partielle (excision de plus de 5 cm) (par laparoscopie ou assistée par laparoscopie)	559	727

9505	Résection anatomique importante – un ou deux segments de foie	1,089	1416
9506	Un ou deux segments de foie (par laparoscopie ou assistée par laparoscopie)	1,361	1769
9507	Trois ou quatre segments de foie	1,261	1639
9508	Trois ou quatre segments de foie (par laparoscopie ou assistée par laparoscopie)	1,576	2049
9509	Cinq segments de foie ou plus	1,480	1924
9510	Cinq segments de foie ou plus (par laparoscopie ou assistée par laparoscopie)	1,850	2405
9511	Hernie inguinale ou crurale (+/- mesh) - Unilatérale	306	398
9512	Hernie inguinale ou crurale (+/- mesh) - Bilatérale	612	796
9513	Hernie inguinale ou crurale (+/- mesh) - Unilatérale récidivante	391	508
9514	Hernie inguinale ou crurale (+/- mesh) - Bilatérale récidivante	782	1017

Annexe 1

Programme de consultation électronique (eConsult)

Le programme de consultation électronique (eConsult) est un service administré par le ministère de la Santé qui permet à un fournisseur de service d'obtenir l'avis, des conseils ou des recommandations d'un spécialiste via la plateforme de communication asynchrone **Cyber Santé NB**, ce qui réduit, le cas échéant, les délais d'attente pour une Consultation majeure ou spécifique. Il est destiné aux situations qui ne nécessitent pas de consultation directe entre un médecin et un patient.

Dans le cadre de l'Entente sur les services médicaux 2025-2029, et en remplacement des directives fournies dans la note de service consultation électronique (eConsult) du 14 octobre 2024, le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick ont convenu de ce qui suit :

- Fournisseur référent – Mise en place d'un nouveau code de service asynchrone «**consultation électronique d'un fournisseur référent**» ;
- Consultant eConsult – Optimisation du code de service existant 1842.

Afin d'être facturée, la consultation électronique (consultation et aiguillage) **doit avoir lieu par l'intermédiaire de la plateforme Cyber Santé NB**. La documentation médicale justificative requise pour la consultation électronique doit être saisie dans la plateforme **Cyber Santé NB**.

Tous les autres critères existants énoncés au (**chapitre 3, section 1.2.4**) du Manuel des médecins doivent être respectés et consigner au dossier.

À compter du 12 mars 2026, le nouveau code de service suivant **pour la consultation électronique d'un fournisseur référent** est disponible pour la facturation :

- **Code de service** : 9720
- **Honoraires** : 25 unités
- **Tarif** : 1,00 \$ par unité
- **Lieux** : 1 (Cabinet), 0 (Autre)
- **Prime d'urgence après les heures de travail** : Non applicable
- **Codes de service supplémentaires** : Non applicable

À compter du 12 mars 2026, la description des honoraires et des services pour la **consultation électronique d'un fournisseur consultant** a été mis à jour:

- **Code de service** : 1842



- **Honoraires** : 50 unités par tranche de 15 minutes ou moins
- **Tarif** : 1,00 \$ par unité
- **Lieux** : 1 (Cabinet), 0 (Autre)
- **Prime d'urgence après les heures de travail** : Non applicable
- **Codes de service supplémentaires** : Non applicable
- **Le numéro du fournisseur référent**, le type d'aiguillage et la date d'aiguillage (date de la demande) sont requis
- **L'heure du début et de fin sont exigées** - Le début correspond au moment où le spécialiste ouvre initialement la consultation, et l'heure de fin correspond à sa fermeture. L'heure de fin peut tomber un autre jour en raison des échanges continus. Seul le temps réel consacré par le spécialiste à la consultation est facturable; la durée totale entre l'ouverture et la fermeture n'est pas utilisée pour la rémunération.

Note de l'Assurance-maladie : La consultation électronique d'un fournisseur référent (code de service 9720) ne s'applique pas lorsqu'une consultation électronique (code de service 1842) a été facturée et donne lieu à une un aiguillage. Dans ces cas-là, l'aiguillage est déjà compris dans les frais de consultation électronique.

Spécialités admissibles pour le code de service lié à la consultation électronique d'un fournisseur consultant :

Anesthésie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, hématologie, neurologie, obstétrique et gynécologie, orthopédie, pédiatrie, psychiatrie, médecine interne générale, cardiologie et ophtalmologie.

*** Si votre spécialité n'est pas indiquée, mais que vous souhaitez participer, veuillez écrire à eConsult@gnb.ca.**

Une consultation électronique (consultation ou aiguillage) **n'est pas admissible au paiement** dans les cas suivants :

- si l'objectif est d'organiser le transfert des soins;
- si la communication a pour but d'organiser un autre service (p. ex. une consultation ou une intervention en personne);
- si une consultation, une évaluation ou une intervention non urgente en personne a lieu le jour même ou le lendemain;

Ministère de la Santé / Department of Health

Case postale 5100 / P.O. Box
Fredericton, NB (N.-B.) E3B 5G8



| GNB.CA

- si des échanges multiples pour le même problème se déroulant sur plusieurs jours sont considérés comme une seule consultation/un seul aiguillage et qu'une seule consultation/un seul aiguillage peut être facturé.

Médecins salariés

- Les consultations électroniques réalisées **pendant les heures habituelles rémunérées doivent faire l'objet d'une facturation pro forma.**
- Pour ce qui est des consultations électroniques réalisées **après les heures normales**, il faut remplir le **formulaire de déclaration écrite**.
 - Question 1a) : Indiquez « *consultations électroniques après les heures normales* ».
 - Question 1b) : Veuillez fournir uniquement les détails des heures normales de travail.

*** Les consultations électroniques ne s'appliquent pas aux patients vus dans le cadre d'une visite effectuée durant les heures de travail habituelles rémunérées.**

Afin de pouvoir utiliser ces codes de service pour la facturation, il faut respecter tous les critères indiqués dans le Manuel des médecins (chapitre 3, section 1.2.4) et les consigner au dossier.

Pour toute question ou demande de clarification concernant la plateforme de consultation électronique, veuillez écrire à eConsult@gnb.ca.

Pour toute question au sujet de la facturation, veuillez communiquer avec l'équipe des demandes de renseignements des praticiens de l'Assurance-maladie en écrivant à PELS.DRPL@gnb.ca ou en composant l'un des numéros suivants : 506-457-7572 (B), 506-444-5876 (B), 506-444-5860 (A), 506-261-0415 (A) ou 506-458-8860 (SMNB).