

Manuel des Médecins du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

INDEX NUMÉRIQUE	14
CHAPITRE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ASSURANCE-MALADIE	33
Section 1 : Conditions de participation	33
1.1 Définition de médecin	33
1.2 Médecin participant	33
1.3 Procédure à suivre pour devenir médecin non participant	33
1.4 Conditions relatives à la présentation et au règlement des demandes de paiement ..	34
1.5 Indication aux patients du statut de non-participant	34
1.6 Entente de participation du médecin	34
1.7 Mode de présentation et de règlement des demandes de paiement	35
1.8 Services médicaux exclus en vertu des ententes interprovinciales de traitement	40
1.9 Règlement des demandes de paiement	41
Section 2 : Procédures d'appel	43
2.1 Appels interjetés par les médecins	43
Section 3 : Services exclus	43
Section 4 : Fournitures et matériel	46
4.1 Éléments inclus	46
4.2 Éléments exclus	46
Section 5 : Admissibilité et inscription des patients	47
Section 6 : Formulaires	47
Section 7 : Vérification des demandes de paiement des médecins	47
7.1 Renseignements généraux	47
7.2 Normes entourant les dossiers de patients	48
7.3 Intervalles	49
7.4 Visites sur place	49
7.5 Lettres de vérification	49
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
1.3 Contestation de tarifs	70
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
Section 2 : Services divers		76
2.1	Foyers de soins	76
2.2	Visites d'urgence	76
2.3	Visites 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	81
2.8	Rémunération à la vacation	82
2.9	Unités de soins spéciaux.....	83
2.10	Actes divers	84
2.11	Nutrition parentérale totale (suralimentation)	84
2.12	Prime d'urgence après les heures normales.....	85
2.13	Prime-cancer.....	91
2.14	Prime chirurgicale en cas d'obésité.....	91
2.15	Honoraires de visites diverses	92
CHAPITRE 5 : SPÉCIALITÉS		118
Section 1 : Médecine générale.....		118
1.1	Consultations	118
1.2	Visites en cabinet.....	118
1.3	Soins à l'hôpital.....	124
1.4	Visites en services externe cédule.....	126
1.5	Traitement initial de polytraumatisme.....	126
1.6	Visites à domicile	126
1.7	Visite sur un navire.....	127
1.8	Examen post-mortem.....	127
1.9	Soins obstétricaux.....	127
1.10	Soins du nouveau-né.....	128
1.11	Psychothérapie.....	128
1.12	Honoraires d'anesthésie.....	129
1.13	Aide médicale à mourir (AMAM).....	129
1.14	Test de provocation d'injection et d'ingurgiter	129
Section 2 : Services d'anesthésie.....		131
2.1	Préambule des services d'anesthésie	131
2.2	Unités modificatrices.....	132

2.3	Actes spéciaux	133
2.4	Consultations et visites	135
2.5	Soins à l'hôpital	135
2.6	Visite en services externe cédule	136
2.7	Soins intensifs.....	136
Section 3 : Spécialistes en chirurgie cardiaque.....		138
3.1	Consultations	138
3.2	Visites en cabinet.....	138
3.3	Soins intensifs.....	138
3.4	Soins à l'hôpital	139
3.5	Visite en services externe cédule	140
3.6	Soins de supervision	140
3.7	Autres honoraires de visite	140
Section 4 :Spécialistes en dermatologie.....		141
4.1	Consultations :	141
4.2	Visites en cabinet.....	141
4.3	Soins à l'hôpital	141
4.4	Service externe – Visites avec rendez-vous	142
4.5	Visites à domicile	142
4.6	Actes dermatologiques	142
4.7	Chirurgie micrographique de Mohs.....	143
Section 5 :Spécialistes en chirurgie générale.....		145
5.1	Consultations	145
5.2	Visites en cabinet.....	145
5.3	Soins à l'hôpital.....	145
5.4	Visite en services externe cédule	146
5.5	Visites à domicile	146
5.6	Soins intensifs.....	147
5.7	Traitement initial de polytraumatisme.....	147
Section 6 :Spécialistes en médecine interne générale		148
6.1	Consultations	148
6.2	Visites en cabinet.....	148
6.3	Soins à l'hôpital	148
6.4	Visite en services externe cédule	149
6.5	Soins de supervision	149
6.6	Autres honoraires de visite	149
6.7	Aide médicale à mourir (AMAM).....	149
Section 7 :Spécialistes en médecine interne.....		151
7.1	Consultations	151
7.2	Visites en cabinet.....	151
7.3	Soins à l'hôpital	151
7.4	Visites en services externe cédule.....	152
7.5	Visites à domicile	152
7.6	Soins intensifs.....	152

7.7	Stimulateur cardiaque permanent	153
7.8	IRM Cardiaque	153
7.9	Aide médicale à mourir (AMAM).....	153
Section 8 :Spécialistes en médecine de laboratoire.....		155
8.1	Visite en services externe cédule	155
8.2	Divers	155
Section 9 :Spécialistes en neurologie.....		156
9.1	Consultations	156
9.2	Visites en cabinet.....	156
9.3	Soins à l'hôpital.....	156
9.4	Visite en services externe cédule	157
9.5	Visites à domicile	157
9.6	Soins intensifs.....	157
9.7	Actes spéciaux.....	158
9.8	Injection de toxine botulinique – autre qu'à l'œil	159
Section 10 : Spécialistes en neurochirurgie.....		160
10.1	Consultations	160
10.2	Visites en cabinet.....	160
10.3	Soins à l'hôpital.....	160
10.4	Visite en service externe cédule.....	161
10.5	Soins intensifs.....	161
10.6	Étude de la conduction nerveuse	162
Section 11 : Spécialistes en obstétrique et gynécologie		163
11.1	Consultations	163
11.2	Visites en cabinet.....	163
11.3	Visite en services externe cédule	164
11.4	Visites à domicile	164
11.5	Soins obstétricaux.....	164
11.6	Actes gynécologiques – Honoraires additionnels.....	166
Section 12 : Spécialistes en ophtalmologie		167
12.1	Consultations	167
12.2	Visites en cabinet.....	167
12.3	Actes	167
12.4	Soins à l'hôpital.....	168
12.5	Visite en services externe cédule	169
12.6	Visites à domicile	169
12.7	Examens du champ visuel	169
12.8	Examens du champ visuel assisté par ordinateur	169
12.9	Ultrasonographie oculaire	170
12.10	Ajustement de lentilles de contact.....	170
12.11	Tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT)	171
Section 13 : Spécialistes en chirurgie orthopédique.....		172
13.1	Consultations	172
13.2	Visites en cabinet.....	172

13.3 Soins à l'hôpital.....	172
13.4 Visite en services externe cédule.....	174
13.5 Visites à domicile.....	174
Section 14 : Spécialistes en oto-laryngologie.....	175
14.1 Consultations.....	175
14.2 Visites en cabinet.....	175
14.3 Soins à l'hôpital.....	175
14.4 Visite en services externe cédule.....	176
14.5 Visites à domicile.....	177
14.6 Injection intralympatique de médicament.....	177
14.7 Examens spéciaux.....	177
14.8 Électronystagmographie (ENG).....	178
14.9 Études de conduction nerveuse.....	178
14.10 Amygdalectomie et adénoïdectomie.....	178
14.11 Injection de toxine botulinique.....	178
Section 15 : Spécialistes en pédiatrie.....	180
15.1 Consultations.....	180
15.2 Visites en cabinet.....	180
15.3 Injections.....	180
15.4 Soins à l'hôpital.....	180
15.5 Soins du prématuré.....	182
15.6 Visite en services externe cédule.....	182
15.7 Visite à domicile.....	182
15.8 Soins intensifs.....	182
15.9 Actes spéciaux.....	183
Section 16 : Spécialistes en physiothérapie et réadaptation.....	185
16.1 Consultations.....	185
16.2 Visites en cabinet.....	185
16.3 Soins à l'hôpital.....	185
16.4 Secteur ambulatoire – visites sur rendez-vous.....	186
16.5 Visites à domicile.....	186
16.6 Points divers.....	186
16.7 Actes spéciaux.....	187
16.8 Actes diagnostiques et thérapeutiques.....	188
16.9 Injection de toxine botulique.....	189
Section 17 : Spécialistes en chirurgie plastique.....	191
17.1 Consultations.....	191
17.2 Visites en cabinet.....	191
17.3 Soins à l'hôpital.....	191
17.4 Visite en services cédule.....	192
17.5 Visites à domicile.....	192
17.6 Chirurgie restauratrice majeure complexe/Considération spéciale (CS).....	193
Section 18 : Spécialistes en psychiatrie.....	194
18.1 Consultations.....	194

18.2	Visites en cabinet.....	194
18.3	Soins à l'hôpital.....	195
18.4	Visite en services externe cédule.....	196
18.5	Visites à domicile.....	196
18.6	Autres actes.....	196
Section 19 :	Spécialistes en pneumologie.....	198
19.1	Consultations.....	198
19.2	Visites en cabinet.....	198
19.3	Soins à l'hôpital.....	198
19.4	Visite en services externe cédule.....	199
19.5	Soins de supervision.....	199
19.6	Autres honoraires de visite.....	199
Section 20 :	Spécialistes en rhumatologie.....	200
20.1	Consultations.....	200
20.2	Visites en cabinet.....	200
20.3	Soins à l'hôpital.....	200
20.4	Visite en services externe cédule.....	201
20.5	Soins de supervision.....	201
20.6	Autres honoraires de visite.....	201
Section 21 :	Spécialistes en urologie.....	202
21.1	Consultations.....	202
21.2	Visites en cabinet.....	202
21.3	Soins à l'hôpital.....	202
21.4	Visite en services externe cédule.....	203
21.5	Visites à domicile.....	203
21.6	Stimulation du nerf sacré.....	204
Section 22 :	Spécialistes en médecine foetale.....	205
22.1	Consultations.....	205
22.2	Visite en cabinet.....	205
22.3	Échographie.....	205
22.4	Actes.....	206
Section 23 :	Spécialistes en électrophysiologie.....	207
CHAPITRE 6 : ACTES CHIRURGICAUX.....		209
Section 1 :	Préambule.....	209
CHAPITRE 7: SYSTÈME TÉGUMENTAIRE.....		211
Section 1 :	Peau et tissu sous-cutané.....	211
1.1	Incision.....	211
1.2	Lésions cutanées.....	211
1.3	Tendons, gaines tendineuses, aponévroses.....	214
1.4	Opérations du sein.....	214
CHAPITRE 8 : SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE.....		215
Section 1 :	Préambule.....	215

Section 2 : Classification	216
Section 3 : Plâtres et attelles	216
Section 4 : Os	217
Section 5 : Articulations	228
Section 6 : Tendons, aponévroses, ligaments.....	241
Section 7 : Bourses séreuses	244
Section 8 : Muscles	244
Section 10 : Amputations.....	245
Section 11 : Colonne vertébrale	246
<i>CHAPITRE 9: APPAREIL RESPIRATOIRE</i>	<i>251</i>
Section 1 : Nez	251
Section 2 : Nez – sinus accessoires.....	252
Section 3 : Larynx	252
Section 4 : Trachée et bronches.....	253
Section 5 : Paroi thoracique et médiastin	254
Section 6 : Poumons et plèvre.....	255
<i>CHAPITRE 10 : SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE</i>	<i>256</i>
Section 1 : Veines	256
Section 2 : Artères	257
Section 3 : Cœur et péricarde	259
3.1 Préambule – Cathétérismes cardiaques	259
3.2 Actes diagnostiques	260
3.3 Études électrophysiologiques et cardiostimulation	261
3.4 Actes thérapeutiques.....	262
Section 4 : Chirurgie cardiaque.....	263
4.1 Chirurgie endoscopique.....	263
4.2 Oxygénation extracorporelle par membrane	263
4.3 Implantation d'un autre système d'assistance cardiaque pour l'assistance circulatoire mécanique.....	263
4.4 Complication mécanique d'un infarctus aigu du myocarde	263
4.5 Interventions chirurgicales combinées	263
4.6 Chirurgie de révision	264
4.7 Gestion d'un pontage cardiopulmonaire et chirurgie cardiaque.....	264
4.8 Actes généraux	264
4.9 Incision et/ou excision.....	265
4.10 Réparation.....	266
4.11 Valvules.....	266

CHAPITRE 11 : SYSTÈME HEMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE	268
Section 1 :Rate et moelle	268
Section 2 :Vaisseaux lymphatiques	268
CHAPITRE 12 : APPAREIL DIGESTIF	269
Section 1 :Bouche	269
Section 2 :Lèvres	269
Section 3 :Langue	270
Section 4 :Dents et gencives	270
Section 5 :Palais et luvette.....	270
Section 6 :Glandes et canaux salivaires	271
Section 7 :Pharynx, adénoïdes et amygdales.....	271
Section 8 :Esophage	272
Section 9 :Estomac	274
Section 10 : Intestins (à l'exception du rectum)	276
Section 11 : Diverticule de Meckel et mésentère	278
Section 12 : Appendice.....	278
Section 13 : Rectum	278
Section 14 : Anus	280
Section 15 : Foie	281
Section 16 : Voies biliaires.....	281
Section 17 : Pancréas	283
Section 18 : Abdomen, péritoine et épiploon	283
CHAPITRE 13 : SYSTÈME ENDOCRINIEN.....	287
Section 1 :Thyroïde	287
Section 2 :Parathyroïde, thymus et glandes surrénales	287
CHAPITRE 14 : ACTES DE CHIRURGIE UROLOGIQUE	288
Section 1 : Reins et périnephrium	288
Section 2 : Uretère	289
Section 3 : Vessie	291
Section 4 : Urètre	292
CHAPITRE 15 : APPAREIL GÉNITAL MASCULIN.....	294
Section 1 : Pénis	294
Section 2 : Testicules	295

Section 4 : Tunique vaginale	295
Section 5 : Scrotum	295
Section 6 : Canal déférent	295
Section 7 : Cordon spermatique	296
Section 8 : Vésicules séminales.....	296
Section 9 : Prostate	296
<i>CHAPITRE 16 : APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.....</i>	<i>297</i>
Section 1 :Avortement	297
Section 2 :Accouchement chirurgical.....	297
Section 3 :Vulve	298
Section 4 :Hystérectomie et prolapsus	299
Section 5 :Vagin	301
Section 6 :Trompes de Fallope.....	301
Section 7 :Ovaires	302
Section 8 :Utérus et col utérin.....	302
<i>CHAPITRE 17 : ACTES DE NEUROCHIRURGIE.....</i>	<i>305</i>
Section 1 : Nerfs périphériques.....	305
Section 2 : Actes de diagnostic et traitements mineurs	305
Section 3 : Traumatismes crâniens.....	306
Section 4 : Crâne	306
Section 5 : Cerveau	306
Section 6 : Chirurgie vasculaire.....	308
Section 7 : Nerfs crâniens	308
Section 8 : Divers	308
Section 9 : Neurochirurgie fonctionnelle (comprend la douleur, l'épilepsie et les troubles moteurs)	309
Section 10: Colonne vertébrale	310
<i>CHAPITRE 18 : OPÉRATIONS DE L'OEIL.....</i>	<i>316</i>
Section 1 :Ablation chirurgicale de l'œil	316
Section 2 :Exentération de l'orbite +/- greffe cutanée.....	316
Section 3 :Opérations de muscles extraoculaires	316
Section 4 :Autres opérations de l'orbite	316
Section 5 :Paupières	317

Section 6 :Appareil lacrymo-nasal	317
Section 7 :Conjonctive	318
Section 8 :Sclérotique	318
Section 9 :Cornée	318
Section 10 : Opérations du glaucome	319
Section 11 : Opération intraoculaire	319
Section 12 : Opération de la cataracte.....	319
Section 13 : Autres opérations de la chambre antérieure de l'œil.....	319
Section 14 : Rétine	320
Section 15 : Corps vitré.....	320
<i>CHAPITRE 19 : OPÉRATIONS DE L'OREILLE.....</i>	<i>321</i>
Section 1 :Oreille externe	321
Section 2 :Oreille moyenne	322
Section 3 :Oreille interne.....	322
<i>CHAPITRE 20 : ACTES DE CHIRURGIE PLASTIQUE.....</i>	<i>324</i>
Section 1 :Préambule	324
Section 2 :Greffes cutanées et greffes par glissement.....	325
2.1 Greffes par glissement.....	325
2.2 Greffes à distance	326
2.3 Reconstruction – tête et cou	326
Section 3 :Greffes cutanées	326
2.15 Prothèses gonflables de distension cutanée.....	327
Section 4 :Lésions cutanées, tumeurs superficielles, etc.....	328
Section 5 :Destruction au laser des lésions cutanées.....	328
Section 6 :Carcinomes	328
Section 7 :Plaies	328
Section 8 :Brûlures	328
Section 9 :Chéloïdes	328
Section 10 : Joues	329
Section 11 : Nez	329
Section 12 : Orbites	330
Section 13 : Oreilles	330
Section 14 : Bouche	330
Section 15 : Lèvres	331

Section 16 : Palais et luvette	331
Section 17 : Sein	332
Section 18 : Tronc	333
Section 19 : Organes génitaux.....	334
Section 20 : Membres	334
Section 21 : Main	335
Section 22 : Réparations microchirurgicales.....	335
Section 23 : Divers	336
Section 24 : Chirurgie du tatouage.....	337
CHAPITRE 21 : ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	338
Section 1 :Allergies	338
Section 2 :Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques.....	341
Section 3 :Ultrasonographie cardiaque	346
Section 4 :Ultrasonographie carotidienne	347
Section 5 :Endosonographie.....	347
Section 6 :Ultrasonographie obstétrique	347
Section 7 :Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler).....	347
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.....	350
Section 1 :Honoraires d'actes spéciaux.....	350
CHAPITRE 23 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	353
Section 1 :Interprétations des tarifs prévus	353
Section 2 :Thorax et viscères thoraciques	355
Section 3 :Abdomen et tube digestif.....	355
Section 4 :Appareil génito-urinaire.....	356
Section 5 :Tête et cou	356
Section 6 :Membres supérieurs	357
Section 7 :Membres inférieurs.....	357
Section 8 :Colonne vertébrale et bassin	358
Section 9 :Divers	358
Section 10 : Actes spéciaux, interprétation seulement.....	359

Section 11 : Angiographie ou angioplastie cardiaque.....	360
Section 12 : Tomographie axiale informatisée.....	361
Section 13 : Ultrasonographie.....	364
Section 14 : Imagerie par résonance magnétique.....	367
Section 15 : Actes cliniques et diagnostiques.....	369
15.1 Système hépato-biliaire.....	369
15.2 Appareil urinaire.....	369
15.3 Autres actes.....	370
<i>CHAPITRE 24 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET EN MÉDECINE NUCLÉAIRE.....</i>	<i>372</i>
Section 1 : Radiothérapie isotopique.....	372
Section 2 : Actes diagnostiques isotopiques.....	372
2.1 Thyroïde.....	372
2.2 Appareil urinaire.....	372
2.3 Système digestif.....	372
2.4 Système cardiovasculaire.....	373
2.5 Système respiratoire.....	374
2.6 Système nerveux central.....	374
2.7 Système squelettique.....	374
2.8 Autres systèmes.....	374
<i>CHAPITRE 25 : CODES D'EMPLACEMENT.....</i>	<i>375</i>
25.1 Cliniques sans rendez-vous : définition.....	375
25.2 Centre de santé mentale communautaire.....	376
25.3 Établissements de soins palliatifs approuvés par le gouvernement :.....	377

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1	118	57	169	113	170	189	160
2	98	58	165	114	170	192	160
3	123	59	196	115	170	193	94
4	126	60	165	116	169	194	183
5	95	61	157	117	169	195	93
7	123	62	161	118	169	196	93
8	95	63	173	119	141	197	152
9	76	64	167	121	141	198 83, 136, 147, 153,	
10	118	65	167	125	141	158, 162, 182	
12	118	66	167	126	141	199	81, 124
14	127	68	181	127	142	200	78
15	127	69	167	129	143	201	135
16	127	71	167	130	143	202	185
17	128	72	169	131	143	203	191
18	128	74	155	134	142	204	93
19	128	76	172	135	143	205	93
20	128	77	172	150	329	206	93
21	83	78	172	151	329	207	93
22	83	80	192	152	329	208	93
23	83	81	172	154	143	209	93
25	83	83	172	156	156	210	93
26	145	84	174	157	156	211	128
27	145	85	180	159	156	214	127
28	145	86	180	160	156	216	94
29	145	87	180	161	156	217	135
30	128	89	180	162	156	218	135
31	145	90	180	164	157	219	135
33	145	91	183	166	164	220	152
34	146	92	181	167	158	221	152
35	151	93	180	168	158	222	153
36	151	94	180	169	158	224	157
37	151	96	182	170	158	225	158
38	151	97	203	171	158	226	158
40	136	98	186	172	158	228	167
41	151	99	213, 305	174	158	229	167
42	151	100	138	175	158	230	167
44	152	101	138	177	305, 338	231	169
45	126	102	175	178	305	232	167
46	142	103	175	179	305	233	168
47	146	104	175	180	305	234	171
48	163	105	169	181	305, 350	235	171
49	163	106	170	182	350	236	171
50	163	107	175	183	158	237	182
52	176	109	175	184	158	239	183
53	164	110	177	185	158	240	178
54	163	111	178	186	160	242	178
56	163	112	170	188	160	243	182

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
244	182	320	328	386	127	510	230
245	182	321	194	387	213, 305	511	230
246	182	322	194	388	328	512	229
247	182	324	194	389	328	513	229
248	182	325	194	390	213	515	216
249	183	327	146	391	331	516	216
250	183	328	196	392	241	517	216
255	143	329	176	394	241	518	216
257	342	330	169	395	241	520	216
258	342	331	196	396	241	521	216
259	342	332	196	397	241	523	240
260	342	333	196	398	235	524	243
261	342	340	197	399	242	525	228
263	189, 342	341	196	400	242	526	219
270	342	343	202	401	241	528	217
271	188, 342	345	202	402	242	530	240
272	188, 342	346	202	403	242	531	219
273	188, 342	347	202	404	214	532	234
274	188, 342	349	202	405	214	533	240
275	188, 342	350	204	407	214	534	219
276	342	351	203	408	214	535	219
277	189, 342	352	332	409	214	536	204
280	167	353	336	410	214	538	217
281	320	354	336	411	332	539	217
282	167	355	211	412	332	546	241
283	96	356	211	413	342	547	234
284	320	357	211	414	226	548	241
287	185	358	211	415	226	551	231
288	185	359	211	416	226	552	231
290	185	360	211	417	226	553	230
292	343	361	241	418	226	554	231
293	186	362	211, 301	420	227, 329	555	217
294	189, 343	363	211	421	227, 329	556	218
295	342	365	211	423	226	557	218
296	342	366	211	425	342	558	219
297	188, 342	367	211	426	226	559	235
300	136	368	211	427	226	561	217
301	152	369	212	428	227	565	218
302	187	370	212	429	227	567	234
303	187	371	143, 212	440	219	568	235
305	191	372	212	475	218	569	235
306	191	373	143, 212, 328	499	229	570	234
307	191	374	143, 328	500	229	571	219
308	191	376	213	501	229	572	219
310	142	377	213	502	228	574	241
311	192	378	212	503	228	575	235
313	136	379	212	504	216	578	244
314	136	380	212	505	228	579	244
315	136	381	328	506	228	580	327
317	328	382	328	507	228	582	218
318	328	384	212	508	228	583	218
319	328	385	213	509	230	584	241

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
585	236	654	251	712	254	764	257
588	236	656	252	713	254	765	257
594	243	657	252	714	255	766	257
595	243	658	251	715	255	767	257, 305
596	243	659	251	716	255	768	257
598	219	660	251, 329	717	255	769	257
599	219	661	251	718	255	770	257
601	244	662	251	719	255	771	257
602	244	666	251	720	255	773	258
605	244	667	251	721	255	774	258
606	244	668	251	722	255	775	258
607	244	669	252	723	255	776	258
608	244	670	252	724	255	777	258
609	244	672	252	725	255	778	257
611	242, 305	673	252	726	255	779	255
612	326	674	252	727	255	780	259
613	242	675	252	728	255	781	259
614	242	676	252	729	255	782	255
615	242	677	252	730	255	783	256
616	242	678	252	731	254	784	259
617	243	679	252	732	255	785	259
618	242	680	252	733	255	786	259
619	242	681	252	734	255	787	259
620	242	682	253	735	254	788	259
621	245	683	253	736	351	789	257
622	245	684	253	737	256	790	257
623	245	685	253	738	256	791	257
624	245	687	253	739	256	792	257
625	245	688	253	740	256	794	258
626	245	689	253	741	256	795	259
627	245	690	253	742	256	796	259
628	245	691	253	743	256	798	258
629	245	692	253	744	256, 288	799	258
630	245	693	253	745	256	800	350
631	245	694	253	746	256	802	278
632	245	695	253	747	256	804	259
633	245	696	253	748	256	805	326
634	245	697	254	749	256	808	258
635	245	698	253	750	256	812	262
637	245	699	253	751	256	813	262
638	245	700	251	752	256	814	262
640	245	701	253	753	256	815	262
641	245	702	254	754	256	816	262
642	251	703	254	755	257	817	262
643	251	704	253	756	257	818	262
644	251	705	254	757	257	819	262
645	251	706	254	758	257	820	254, 265
647	251	707	254	759	257, 334	823	252
649	251	708	254	760	257, 334	824	252
650	251, 329	709	254	761	257	825	261
652	251	710	254	762	257, 334	826	261
653	329	711	254	763	257, 334	828	271

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
830	158, 187	890	269	942	272	1001	275
831	158, 162, 188	891	269	943	272	1002	275
832	133	892	269, 331	944	272	1003	273
833	219	893	269, 331	947	272	1004	275
834	219	894	269, 331	948	272	1005	273
835	299	895	269, 331	949	272	1006	275
836	293	896	269, 331	950	272	1007	275
837	212	897	269	951	272	1008	276
838	278	898	269	952	272	1009	275
839	278	899	269, 331	953	273	1010	275
840	256	900	270	954	273	1011	275
841	137	901	270, 331	955	273	1012	275
842	137	902	270	956	273	1013	275
843	268	903	270	957	273	1014	276
844	268	904	270	962	273	1015	276
845	242	905	270	963	273	1016	276
846	258	906	270	964	273, 275	1017	276
847	93	907	270	965	273	1018	276
848	93	908	270	966	273	1019	276
851	344	909	270	967	273	1020	276
852	344	910	270	968	273	1021	276
853	153	911	270	969	274	1022	276
854	153	912	270	970	274	1023	276
855	153	913	270	971	274	1024	277
856	153	914	270	972	274	1025	277
857	153	915	270	973	274	1026	277
858	153	916	270	974	274	1027	277
864	268	917	270	975	274	1028	277
865	268	918	270	976	274	1029	277
866	268, 341	919	270, 331	977	274, 285	1030	277
867	268	920	270, 331	978	274	1031	277
868	268	921	270, 331	979	273	1032	275
869	268, 334	922	271	981	273	1033	284
870	268, 334	923	271, 331	982	272	1034	277
871	268	924	271	983	272	1035	277
872	268	925	271, 331	984	272	1036	277
873	268	926	271	985	272	1037	277
874	268	927	271	986	272	1038	277
875	268	928	271	987	272	1039	277
876	268	929	271	988	272	1040	277
877	268, 294	930	271	989	274	1042	277
878	268, 294	931	271	990	274	1043	277
879	268	932	271, 329	991	274	1044	277
880	268	933	271	992	274	1045	277
881	269	934	271	993	274	1046	277
882	269, 330	935	271	994	274	1047	277
883	269, 330	936	271	995	274	1048	277
884	269	937	271	996	274	1049	277
885	269	938	271	997	274	1050	277
886	269, 331	939	271	998	274	1051	274
887	269, 331	940	272	999	274	1053	278
889	269, 331	941	272	1000	274	1054	278

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1055.....	278	1110.....	280	1171.....	285	1242.....	290
1056.....	342	1114.....	280	1172.....	285	1243.....	290
1057.....	278, 352	1118.....	280	1173.....	285	1244.....	290
1058.....	278	1119.....	280	1174.....	285	1245.....	290
1059.....	278	1120.....	281	1175.....	285	1246.....	290
1060.....	278	1121.....	281	1176.....	285	1247.....	290
1061.....	278	1122.....	281	1177.....	285	1248.....	290, 292
1062.....	278	1123.....	281	1178.....	285	1249.....	290
1064.....	278	1124.....	281	1179.....	285	1253.....	290
1065.....	278	1125.....	281	1180.....	285	1254.....	290
1066.....	278	1126.....	281	1181.....	285	1255.....	290
1067.....	278	1128.....	281	1182.....	285	1256.....	290
1068.....	278	1129.....	281	1183.....	285	1257.....	290, 299
1069.....	278	1130.....	281	1184.....	285	1259.....	290
1070.....	278	1131.....	281	1185.....	285	1260.....	290
1071.....	279	1133.....	282	1186.....	286	1261.....	290
1072.....	279	1134.....	282	1187.....	286	1262.....	290
1073.....	278	1135.....	282	1188.....	286	1266.....	291, 300
1074.....	279	1136.....	282	1189.....	286	1267.....	289
1075.....	279	1137.....	282	1190.....	287	1268.....	292
1078.....	284	1138.....	282	1192.....	287	1269.....	289
1079.....	279	1139.....	282	1193.....	287	1270.....	290
1080.....	279	1140.....	282	1194.....	287	1271.....	289
1081.....	279	1141.....	282	1196.....	287	1272.....	290
1082.....	279	1142.....	282	1198.....	287	1273.....	290
1083.....	280	1143.....	282	1199.....	287	1274.....	291
1084.....	135	1144.....	282	1200.....	287	1275.....	291
1085.....	279	1145.....	282	1201.....	287	1276.....	290
1086.....	279	1146.....	283	1202.....	287	1278.....	289
1087.....	279	1147.....	283	1203.....	287	1280.....	291
1088.....	279	1148.....	283	1204.....	287	1282.....	292
1089.....	279	1149.....	283	1205.....	287	1284.....	292
1090.....	279	1150.....	283	1206.....	287, 289	1285.....	292
1091.....	280	1152.....	283	1207.....	293	1286.....	292
1092.....	280	1153.....	283	1208.....	292	1287.....	292
1093.....	280	1154.....	283	1209.....	296	1288.....	292
1094.....	280	1155.....	283	1210.....	296	1291.....	292
1095.....	280	1156.....	283	1211.....	288	1292.....	292
1096.....	280	1157.....	283	1212.....	288	1295.....	292
1097.....	280	1158.....	284	1215.....	289	1296.....	292
1098.....	280	1159.....	284	1216.....	288	1297.....	292
1099.....	280	1160.....	284	1219.....	288	1298.....	292
1100.....	280	1161.....	284	1220.....	288	1299.....	292
1101.....	280	1162.....	284	1223.....	287	1301.....	292
1102.....	280	1163.....	284	1225.....	288	1305.....	292
1103.....	280	1164.....	284	1228.....	288	1306.....	292
1104.....	280	1165.....	284	1231.....	288	1309.....	292
1105.....	280	1166.....	285	1233.....	288	1311.....	293
1106.....	280	1167.....	285	1235.....	289	1312.....	293
1107.....	280	1168.....	283	1236.....	288	1313.....	293
1108.....	280	1169.....	283	1239.....	288	1314.....	293
1109.....	280	1170.....	285	1241.....	289	1315.....	293

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1316.....	293	1405.....	297	1484	304	1565	310
1321.....	293, 334	1406.....	297	1485	305	1566	258, 308
1322.....	293, 334	1407.....	298	1486	305	1568	308
1323.....	293, 334	1408.....	298	1487	305	1569	308
1324.....	293	1409.....	298	1489	305	1579	309
1325.....	293	1412.....	206	1490	305	1580	309
1329.....	293	1413....	127, 165, 297	1492	305	1581	309
1331.....	293	1414.....	206, 298	1493	309	1582	309, 336
1332.....	293	1416.....	298	1494	309	1583	309, 336
1333.....	293	1419.....	298	1495	309	1584	308
1340.....	294	1420.....	298	1496	309	1585	308
1341.....	294	1421.....	298	1497	305	1586	308
1342.....	294	1422.....	299	1499	135	1587	308
1345.....	294	1423.....	299	1500	305	1588	308
1346.....	294	1424.....	299	1501"	305	1589	308
1347.....	294	1426.....	299	1502	307	1601	318
1348.....	294	1427.....	301	1503	305	1602	318
1350.....	294	1428.....	301	1505	135	1603	318
1351.....	294, 334	1434.....	301	1506	350	1604	318
1352.....	294, 334	1435.....	300	1508	161	1605	318
1353.....	294, 334	1436.....	300	1512	161	1606	318
1354.....	294, 334	1438.....	301	1513	161	1607	318
1355.....	294, 334	1439.....	301	1514	162	1608	318
1357.....	295	1440.....	301	1517	306	1609	318
1358.....	295	1441.....	301	1518	306	1610	318
1359.....	295	1444.....	300	1519	306	1611	318
1360.....	295	1445.....	301	1520	306	1612	318
1361.....	295	1447.....	299	1521	306	1613	318
1362.....	295	1448.....	301	1522	306	1614	318
1364.....	295	1449.....	302	1523	306	1615	318
1365.....	295	1450.....	302	1524	306	1616	319
1367.....	295	1451.....	302	1527	306	1617	319
1368.....	295, 338	1453.....	302	1528	306	1618	319
1369.....	295	1454.....	302	1529	306	1619	319
1370.....	295	1455.....	299	1530	306	1620	319
1371.....	295	1456.....	299	1531	306	1621	318
1373.....	296	1458.....	299	1532	306	1623	319
1374.....	296	1461.....	302	1534	342	1624	317
1375.....	296	1462.....	302	1535	343	1625	317
1376.....	296	1463.....	300	1536	343	1626	317
1377.....	296	1464.....	302	1537	343	1627	317, 330
1379.....	296	1465.....	302	1541	220, 309	1628	317
1383.....	296, 341	1466.....	302	1542	342	1630	317
1390.....	296	1469.....	302	1546	305	1631	317
1391.....	296	1470.....	303	1547	306	1633	317
1393.....	296	1472.....	303	1548	306	1634	318
1394.....	296	1473.....	300	1549	306	1635	318
1397.....	296	1477.....	206, 298	1550	306	1636	318
1399.....	342	1478.....	298	1551	307	1637	318
1400.....	297	1479.....	298	1556	307	1638	318
1401.....	297	1481.....	304	1561	307	1639	318
1404.....	297	1482.....	304	1563	310	1640	318

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1641.....	318	1695.....	323	1757.....	308	1815.....	289
1642.....	319	1696.....	323	1758.....	307	1816.....	346
1643.....	316	1697.....	323	1760.....	302	1817.....	299
1644.....	316	1698.....	323	1762.....	188, 342	1818.....	299
1645.....	316	1699.....	323	1763.....	188, 342	1819.....	126
1646.....	316	1700.....	226	1764.....	342	1820.....	136
1647.....	316	1701.....	331	1765.....	188, 342	1821.....	153
1648.....	319	1702.....	331	1766.....	188, 342	1822.....	142
1649.....	319	1703.....	227	1767.....	189, 342	1823.....	147
1650.....	319	1704.....	227	1768.....	322	1824.....	176
1651.....	319	1705.....	227	1769.....	321	1825.....	169
1652.....	320	1706.....	227	1770.....	134, 135	1826.....	196
1653.....	320	1707.....	227	1771.....	134, 135	1827.....	158
1654.....	320	1708.....	227	1772.....	134, 135	1828.....	162
1655.....	316	1709.....	227	1773.....	251	1829.....	173
1656.....	316	1710.....	228	1774.....	269	1830.....	182
1657.....	316	1711.....	350	1775.....	269	1831.....	192
1658.....	316	1712.....	351	1776.....	272	1832.....	203
1659.....	316	1713.....	351	1777.....	252	1833.....	186
1660.....	316	1714.....	351	1778.....	252	1834.....	164
1661.....	316	1715.....	350	1779.....	234	1835.....	302
1662.....	316	1716.....	351	1781.....	234	1836.....	302
1663.....	316	1717.....	352	1782.....	234	1837.....	307
1664.....	321	1718.....	352	1783.....	234	1838.....	224
1665.....	321	1719.....	352	1784.....	273	1839.....	222
1666.....	321	1720.....	352	1785.....	273	1840.....	224
1667.....	321, 330	1721.....	351	1786.....	252	1841.....	233
1668.....	321	1722.....	304	1787.....	252	1843.....	335
1669.....	321	1724.....	253	1788.....	252	1844.....	335
1670.....	321	1725.....	339	1789.....	252	1845.....	335
1671.....	321, 330	1726.....	339	1790.....	252	1846.....	335
1672.....	319	1727.....	272	1791.....	252	1847.....	335
1673.....	319	1728.....	253	1792.....	301	1848.....	335
1674.....	322	1729.....	293	1793.....	134	1849.....	335
1675.....	322	1732.....	289	1796.....	134	1850.....	336
1676.....	322	1733.....	290	1797.....	134	1851.....	336
1677.....	322	1734.....	290	1798.....	83	1852.....	336
1678.....	322	1735.....	322	1799.....	343	1853.....	336
1679.....	322	1736.....	323	1800.....	178	1854.....	336
1680.....	322	1738.....	351	1801.....	271	1855.....	336
1681.....	322	1741.....	351	1802.....	342	1856.....	336
1684.....	322	1742.....	351	1803.....	303	1857.....	336
1685.....	322	1743.....	339	1804.....	348	1858.....	336
1686.....	322	1744.....	339	1805.....	348	1859.....	336
1687.....	322	1745.....	95	1806.....	348	1860.....	336
1688.....	322	1746.....	95	1807.....	348	1861.....	336
1689.....	322	1747.....	95	1808.....	348	1862.....	336
1690.....	322	1752.....	76	1809.....	341	1863.....	336
1691.....	322	1753.....	291	1811.....	298	1864.....	260
1692.....	322	1754.....	287	1812.....	136	1865.....	260
1693.....	322	1755.....	235	1813.....	320	1866.....	260
1694.....	323	1756.....	212	1814.....	319	1867.....	260

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
1868.....	260	1927.....	339	1988.....	294	2043.....	344
1869.....	260	1928.....	340	1989.....	344	2045.....	276
1870.....	260	1929.....	340	1990.....	339	2046.....	276
1871.....	260	1930.....	340	1991.....	350	2047.....	344
1872.....	260	1931.....	340	1992.....	343	2048.....	344
1873.....	261	1932.....	340	1993.....	343	2049.....	340
1874.....	261	1933.....	340	1994.....	343	2050.....	84, 348
1875.....	261	1934.....	340	1995.....	343	2051.....	84, 348
1876.....	261	1935.....	340	1996.....	343	2052.....	348
1877.....	261	1936.....	340	1998.....	218	2053.....	348
1878.....	262	1937.....	340	1999.....	84	2054.....	348
1879.....	262	1938.....	340	2000.....	76	2055.....	348
1880.....	262	1939.....	340	2001.....	76	2057.....	276
1881.....	341	1940.....	340	2002.....	165	2061.....	350
1882.....	341	1941.....	188, 340	2003.....	227	2062.....	350
1883.....	349	1942.....	340	2004.....	239	2063.....	350
1884.....	84	1943.....	340	2005.....	235	2064.....	351
1885.....	349	1944.....	340	2006.....	243	2065.....	352
1886.....	84	1945.....	84	2007.....	243, 326	2066.....	341, 352
1887.....	189, 342	1946.....	341	2008.....	244, 335	2067.....	352
1888.....	342	1947.....	341	2009.....	261	2068.....	218
1889.....	189, 342	1948.....	188, 341	2010.....	261	2069.....	243
1890.....	189, 342	1949.....	230	2011.....	261	2070.....	243
1892.....	338	1950.....	341	2012.....	261	2077.....	291
1893.....	97	1952.....	341	2013.....	350	2078.....	291
1894.....	98, 338	1953.....	281, 341	2014.....	350	2079.....	292
1895.....	338	1954.....	268, 341	2015.....	352	2080.....	292
1896.....	205, 347	1955.....	341	2016.....	352	2081.....	348
1897.....	205, 347	1956.....	341	2017.....	220	2082.....	348
1898.....	84	1959.....	230	2019.....	268	2083.....	298
1899.....	338	1960.....	217	2020.....	77	2084.....	294
1900.....	214, 338	1961.....	217	2021.....	78, 104	2085.....	294
1901.....	338	1962.....	233	2022.....	177	2086.....	294
1902.....	338	1963.....	218	2023.....	170	2087.....	352
1903.....	338	1964.....	242	2024.....	177	2089.....	212
1905.....	188, 338	1968.....	243	2025.....	261	2094.....	343
1906.....	340	1969.....	244	2026.....	261	2095.....	343
1907.....	339	1970.....	256	2027.....	170	2096.....	228
1908.....	339, 341	1971.....	256	2028.....	177	2097.....	228
1909.....	134	1972.....	220	2029.....	170	2098.....	343
1910.....	134	1973.....	258, 308	2030.....	177	2099.....	343
1911.....	339	1974.....	134, 258	2031.....	170	2100.....	343
1912.....	261	1975.....	134, 271	2032.....	177	2101.....	344
1913.....	261	1976.....	234, 271	2034.....	177	2102.....	344
1914.....	339	1977.....	275	2035.....	158, 178	2103.....	344
1916.....	339	1978.....	238	2036.....	178	2104.....	344
1918.....	260	1980.....	280	2037.....	251	2105.....	344
1919.....	260	1982.....	288	2038.....	272	2106.....	344
1921.....	260	1983.....	341	2039.....	272	2107.....	344
1922.....	252, 339	1984.....	292	2040.....	320	2108.....	344
1923.....	339	1985.....	293	2041.....	217	2109.....	344
1924.....	339	1987.....	293	2042.....	322	2110.....	344

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2111.....	344	2173.....	124	2226.....	327	2283.....	322, 330
2112.....	344	2174.....	124	2227.....	213, 317	2284.....	331
2113.....	344	2175.....	125	2228.....	183	2285.....	331
2114.....	344	2176.....	124	2229.....	226	2286.....	331
2115.....	344	2177.....	257	2230.....	227	2287.....	331
2116.....	344	2178.....	256	2231.....	227	2288.....	331
2117.....	344	2179.....	259	2232.....	227	2289.....	331
2118.....	344	2180.....	330	2233.....	227	2290.....	331
2119.....	350	2181.....	275	2234.....	227	2291.....	271, 331
2120.....	189, 350	2182.....	275	2235.....	227	2292.....	271, 331
2121.....	289, 352	2183.....	276	2236.....	227	2293.....	333
2122.....	347	2184.....	277	2237.....	227	2294.....	333
2123.....	347	2185.....	277	2238.....	227	2295.....	327
2124.....	347	2186.....	279	2239.....	227	2296.....	318
2125.....	347	2188.....	284	2240.....	227	2297.....	318
2126.....	347	2189.....	316	2241.....	227, 316	2298.....	293, 334
2127.....	348	2190.....	316	2244.....	231	2299.....	334
2128.....	348	2191.....	316	2245.....	235	2300.....	334
2129.....	348	2192.....	316	2246.....	235	2301.....	334
2130.....	348	2193.....	316	2248.....	217	2302.....	334
2131.....	344	2194.....	316	2250.....	217	2303.....	334
2134.....	345	2195.....	317	2251.....	329	2304.....	334
2135.....	344	2196.....	317	2252.....	329	2305.....	335
2136.....	344	2197.....	318	2253.....	329	2306.....	335
2137.....	344	2198.....	318	2254.....	329	2307.....	243
2138.....	216	2199.....	318	2255.....	141	2308.....	243
2139.....	216	2200.....	326	2256.....	141	2309.....	243
2140.....	216	2201.....	326	2257.....	142	2310.....	243
2141.....	216	2202.....	326	2258.....	141	2311.....	327
2142.....	216	2203.....	326	2259.....	329	2313.....	243
2143.....	216	2204.....	326	2260.....	329	2315.....	327
2145.....	228	2205.....	326	2261.....	329	2316.....	243
2146.....	350	2206.....	326	2262.....	329	2317.....	235
2147.....	350	2207.....	326	2263.....	329	2318.....	235
2148.....	350	2208.....	326	2264.....	330	2319.....	327
2149.....	350	2209.....	326	2265.....	330	2320.....	243
2154.....	350	2210.....	326	2266.....	317, 330	2321.....	243
2155.....	351	2211.....	326	2267.....	317, 330	2322.....	243
2156.....	350	2212.....	326	2268.....	317, 330	2324.....	242
2158.....	351	2213.....	326	2269.....	330	2325.....	242
2159.....	351	2214.....	327	2270.....	330	2326.....	336
2160.....	351	2215.....	327	2271.....	317, 330	2327.....	336
2161.....	351	2216.....	327	2272.....	317, 330	2328.....	336
2162.....	351	2217.....	327	2273.....	321, 330	2329.....	336
2163.....	351	2218.....	327	2274.....	321, 330	2330.....	337
2164.....	303, 351	2219.....	327	2275.....	321, 330	2331.....	337
2165.....	351	2220.....	327	2276.....	321, 330	2332.....	337
2168.....	277	2221.....	327	2277.....	318	2333.....	337
2169.....	351	2222.....	327	2278.....	330	2334.....	337
2170.....	292	2223.....	327	2280.....	321, 330	2335.....	337
2171.....	181	2224.....	327	2281.....	321, 330	2336.....	331
2172.....	129, 183	2225.....	327	2282.....	322, 330	2337.....	333

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2338.....	177	2404.....	151	2475.....	84	2530.....	259
2339.....	259	2405.....	319	2476.....	349	2531.....	259
2340.....	259	2406.....	320	2477.....	349	2532.....	257
2341.....	268	2407.....	320	2478.....	84	2533.....	259
2342.....	274	2408.....	320	2480.....	84	2534.....	259
2344.....	276	2409.....	320	2481.....	202	2535.....	259
2345.....	288	2410.....	320	2482.....	202	2536.....	258
2346.....	290	2411.....	163	2483.....	203	2537.....	259
2347.....	294	2412.....	163	2484.....	202	2538.....	259
2348.....	295	2413.....	164	2485.....	254	2539.....	259
2349.....	295	2414.....	163	2486.....	254	2540.....	259
2350.....	298	2415.....	317	2487.....	213	2541.....	257
2351.....	304	2416.....	147	2488.....	213, 305	2542.....	273
2352.....	340	2417.....	336	2489.....	213	2543.....	273
2353.....	306	2418.....	335	2490.....	254	2546.....	274
2354.....	306	2420.....	303	2491.....	185	2547.....	274
2355.....	306	2421.....	168	2492.....	185	2548.....	274
2360.....	307	2422.....	168	2493.....	186	2549.....	274
2361.....	305	2423.....	168	2494.....	185	2550.....	275
2366.....	309	2424.....	168	2495.....	255	2551.....	275
2367.....	309	2425.....	347	2496.....	255	2552.....	275
2368.....	309	2431.....	172	2497.....	255	2553.....	275
2369.....	309	2432.....	172	2498.....	255	2554.....	277
2371.....	320	2433.....	173	2499.....	255	2555.....	277
2372.....	320	2434.....	172	2500.....	255	2556.....	277
2373.....	340	2440.....	226	2501.....	156	2557.....	277
2374.....	318	2441.....	175	2502.....	156	2558.....	278
2375.....	351	2442.....	176	2503.....	157	2559.....	278
2376.....	306	2443.....	176	2504.....	156	2560.....	279
2381.....	145	2444.....	176	2505.....	255	2561.....	279
2382.....	145	2449.....	134	2506.....	255	2562.....	281
2383.....	146	2450.....	214	2507.....	254	2563.....	281
2384.....	145	2451.....	180	2508.....	254	2565.....	282
2385.....	318	2452.....	134	2509.....	254	2566.....	282
2386.....	318	2453.....	180	2510.....	256	2567.....	282
2387.....	318	2454.....	134	2511.....	256	2568.....	282
2388.....	318	2455.....	180	2512.....	256	2569.....	282
2389.....	319	2456.....	284	2515.....	351	2570.....	282
2390.....	319	2461.....	191	2516.....	257	2571.....	282
2391.....	160	2462.....	191	2517.....	257	2572.....	282
2392.....	160	2463.....	192	2518.....	258	2573.....	282
2393.....	161	2464.....	191	2519.....	258	2574.....	282
2394.....	160	2465.....	276	2520.....	258	2575.....	282
2395.....	319	2466.....	276	2521.....	258	2576.....	282
2396.....	319	2467.....	276	2522.....	257	2577.....	282
2397.....	319	2468.....	276	2523.....	258	2578.....	283
2398.....	319	2469.....	319	2524.....	259	2579.....	285
2399.....	319	2470.....	316	2525.....	258	2580.....	285
2400.....	319	2471.....	195	2526.....	258	2581.....	285
2401.....	151	2472.....	195	2527.....	258	2582.....	285
2402.....	151	2473.....	195	2528.....	258	2583.....	285
2403.....	168	2474.....	195	2529.....	258	2584.....	285

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2585.....	285	2653.....	220	2712.....	223	2772.....	226
2586.....	348	2654.....	220	2713.....	223	2773.....	226
2587.....	253	2655.....	220	2714.....	223	2774.....	228
2588.....	253	2656.....	220	2715.....	223	2775.....	228
2589.....	253	2657.....	220	2716.....	223	2776.....	228
2590.....	253	2658.....	221	2717.....	223	2777.....	229
2591.....	253	2659.....	221	2718.....	223	2778.....	229
2592.....	343	2660.....	221	2719.....	223	2779.....	229
2594.....	216	2661.....	221	2720.....	223	2780.....	229
2595.....	216	2662.....	221	2721.....	223	2781.....	230
2596.....	216	2663.....	221	2722.....	223	2782.....	230
2597.....	219	2664.....	221	2723.....	223	2783.....	230
2598.....	217	2665.....	221	2724.....	223	2784.....	230
2601.....	217	2666.....	221	2725.....	223	2785.....	230
2602.....	217	2671.....	228	2726.....	223	2786.....	239
2603.....	217	2672.....	221	2728.....	223	2788.....	231
2605.....	217	2673.....	221	2729.....	223	2790.....	234
2606.....	217	2674.....	221	2730.....	223	2791.....	234
2607.....	217	2675.....	221	2731.....	223	2792.....	234
2608.....	217	2676.....	221	2732.....	223	2793.....	234
2609.....	217	2677.....	221	2733.....	223	2796.....	235
2612.....	217	2678.....	221	2734.....	224	2797.....	235
2613.....	217	2679.....	221	2735.....	223	2798.....	235
2615.....	219	2680.....	221	2736.....	224	2799.....	235
2616.....	219	2681.....	221	2737.....	224	2800.....	235
2617.....	219	2682.....	221	2738.....	224	2801.....	235
2618.....	219	2683.....	221	2739.....	224	2805.....	236
2619.....	219, 235	2684.....	221	2740.....	224	2806.....	229
2620.....	219	2685.....	221	2741.....	224	2807.....	236
2621.....	235	2686.....	221	2742.....	224	2809.....	238
2622.....	219	2687.....	221	2743.....	224	2811.....	212
2623.....	219	2688.....	222	2744.....	224	2813.....	240
2625.....	235	2692.....	222	2745.....	224	2816.....	341
2626.....	219	2693.....	222	2747.....	225	2817.....	341
2627.....	219	2694.....	222	2748.....	224	2818.....	241
2628.....	219	2695.....	222	2749.....	224	2819.....	241
2629.....	219	2696.....	222	2750.....	224	2821.....	242
2630.....	219	2697.....	222	2752.....	225	2822.....	242
2634.....	220	2698.....	222	2753.....	225	2823.....	242
2635.....	241	2699.....	222	2754.....	225	2824.....	242
2636.....	241	2700.....	222	2755.....	225	2825.....	242
2637.....	217	2701.....	222	2756.....	225	2826.....	244
2640.....	243	2702.....	222	2757.....	225	2828.....	244
2642.....	225	2703.....	222	2758.....	225	2830.....	219
2643.....	225	2704.....	222	2759.....	225	2831.....	78
2645.....	158	2705.....	222	2760.....	225	2832.....	78
2646.....	158	2706.....	222	2761.....	225	2833.....	147
2648.....	220	2707.....	222	2762.....	225	2834.....	147
2649.....	220	2708.....	222	2766.....	225	2835.....	147
2650.....	220	2709.....	223	2767.....	225	2837.....	196
2651.....	220	2710.....	223	2770.....	225	2838.....	341
2652.....	220	2711.....	223	2771.....	226	2839.....	351

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
2840.....	352	2927.....	135	2990.....	284	3056.....	356
2845.....	332	2928.....	135	2991.....	284, 299	3061.....	356
2846.....	332	2929.....	135	2992.....	317	3062.....	356
2848.....	332	2930.....	304	2994.....	316	3063.....	356
2849.....	332	2931.....	304	2995.....	316	3065.....	357
2850.....	279	2932.....	233	2996.....	168	3066.....	357
2851.....	301	2934.....	233	2997.....	168	3067.....	357
2852.....	303	2935.....	234	2998.....	168	3069.....	357
2853.....	251	2938.....	233	2999.....	168	3071.....	357
2854.....	78	2939.....	233	3000.....	355	3073.....	357
2855.....	76	2940.....	233	3001.....	355	3074.....	357
2856.....	76	2941.....	233	3002.....	355	3077.....	357
2857.....	161	2942.....	233	3003.....	355	3078.....	357
2858.....	76	2943.....	233	3005.....	355	3079.....	357
2859.....	76	2944.....	233	3006.....	355	3080.....	357
2860.....	182	2945.....	233	3007.....	355	3081.....	357
2861.....	76	2946.....	220, 309	3008.....	355	3082.....	357
2862.....	293	2947.....	220	3009.....	355	3083.....	357
2863.....	296	2948.....	308	3010.....	355	3084.....	357
2864.....	204	2949.....	308	3011.....	355	3085.....	357
2865.....	326	2950.....	309	3012.....	355	3086.....	357
2866.....	326	2952.....	340	3013.....	355	3087.....	357
2867.....	326	2953.....	298	3014.....	355	3088.....	357
2868.....	326	2954.....	284, 300	3015.....	356	3089.....	357
2875.....	281, 351	2955.....	347	3017.....	356	3090.....	357
2876.....	83	2956.....	96, 174	3018.....	356	3091.....	357
2877.....	83	2959.....	75	3019.....	356	3092.....	357
2878.....	83	2960.....	75	3023.....	356	3093.....	357
2880.....	335	2961.....	75	3024.....	356	3094.....	357
2881.....	335	2962.....	75	3028.....	356	3095.....	357
2882.....	335	2966.....	346	3029.....	356	3096.....	357
2883.....	335	2967.....	346	3030.....	356	3097.....	357
2884.....	335	2968.....	346	3031.....	356	3098.....	357
2885.....	335	2969.....	346	3033.....	356	3099.....	357
2886.....	335	2970.....	347	3034.....	356	3100.....	357
2887.....	335	2971.....	283	3035.....	356	3101.....	357
2888.....	335	2973.....	300	3036.....	356	3102.....	357
2889.....	335	2975.....	283	3037.....	356	3103.....	357
2894.....	281	2976.....	283	3038.....	356	3104.....	357
2895.....	281	2977.....	302	3039.....	356	3105.....	357
2896.....	281	2978.....	302	3040.....	356	3106.....	358
2897.....	281	2979.....	96	3041.....	356	3107.....	358
2898.....	281	2980.....	346	3043.....	356	3108.....	358
2900.....	332	2981.....	346	3044.....	356	3109.....	358
2911.....	170	2982.....	346	3045.....	356	3110.....	358
2912.....	170	2983.....	281	3046.....	356	3111.....	358
2913.....	170	2984.....	281	3047.....	356	3112.....	358
2922.....	173	2985.....	274	3049.....	356	3113.....	358
2923.....	126	2986.....	274	3050.....	356	3114.....	358
2924.....	214	2987.....	276	3051.....	356	3115.....	358
2925.....	78	2988.....	282	3052.....	356	3116.....	358
2926.....	78	2989.....	281	3055.....	356	3117.....	358

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
3118.....	358	3176.....	365	3246.....	369	3302.....	371
3119.....	358	3177.....	365	3247.....	369	3303.....	371
3120.....	358	3178.....	366	3248.....	370	3304.....	371
3121.....	358	3179.....	366	3249.....	370	3308.....	362
3122.....	358	3180.....	366	3250.....	370	3309.....	362
3123.....	359	3181.....	362	3251.....	370	3310.....	363
3124.....	359	3183.....	359	3252.....	370	3311.....	358
3125.....	359	3184.....	359	3253.....	371	3312.....	363
3126.....	361	3185.....	359	3254.....	371	3315.....	371
3127.....	361	3186.....	359	3255.....	370	3316.....	360
3128.....	359	3187.....	359	3256.....	371	3317.....	360
3129.....	359	3196.....	365	3257.....	371	3318.....	362
3130.....	359	3197.....	365	3258.....	370	3319.....	362
3131.....	359	3198.....	366	3259.....	370	3320.....	363
3133.....	359	3201.....	364	3260.....	370	3321.....	363
3135.....	359	3202.....	360	3261.....	370	3322.....	363
3136.....	359	3206.....	359	3262.....	370	3323.....	363
3137.....	359	3207.....	359	3264.....	370	3324.....	363
3139.....	359	3212.....	369	3265.....	370	3325.....	364
3140.....	360	3213.....	361	3266.....	370	3326.....	364
3141.....	360	3214.....	356	3267.....	370	3327.....	364
3143.....	360	3215.....	357	3268.....	370	3328.....	365
3144.....	360	3216.....	357	3269.....	370	3329.....	370
3145.....	360	3217.....	357	3270.....	370	3330.....	370
3147.....	360	3218.....	357	3271.....	370	3331.....	370
3148.....	360	3219.....	357	3272.....	371	3332.....	370
3149.....	360	3220.....	358	3273.....	371	3333.....	370
3150.....	360	3221.....	358	3274.....	371	3334.....	370
3151.....	361	3222.....	358	3275.....	371	3335.....	371
3152.....	361	3223.....	359	3276.....	371	3400.....	361, 362
3153.....	360	3224.....	358	3277.....	371	3401.....	361, 362
3154.....	360	3225.....	359	3278.....	371	3402.....	361, 362
3155.....	360	3226.....	363	3279.....	371	3403.....	361, 362
3156.....	360	3227.....	364	3280.....	371	3404.....	361, 362
3157.....	360	3228.....	363	3281.....	371	3405.....	361, 362
3158.....	360	3229.....	356	3282.....	371	3406.....	361, 362
3159.....	360	3230.....	361	3283.....	371	3407.....	361, 362
3160.....	362	3231.....	366	3284.....	371	3408 ...	361, 362, 363, 364
3161.....	362	3232.....	355	3285.....	371	3409 ...	361, 362, 363, 364
3162.....	360	3233.....	355	3286.....	369	3410 ...	361, 362, 363, 364
3164.....	360	3234.....	355	3287.....	370	3411 ...	361, 362, 363, 364
3165.....	362	3235.....	356	3288.....	371	3440.....	364
3166.....	361	3236.....	356	3289.....	371	3441.....	364
3167.....	361	3237.....	366	3291.....	370	3442.....	364
3168.....	361	3238.....	366	3293.....	369	3443.....	364
3169.....	362	3239.....	366	3294.....	369	3444.....	364, 365
3170.....	364	3240.....	366	3295.....	369	3445.....	364, 365
3171.....	364	3241.....	367	3296.....	369	3446.....	364, 365
3172.....	365	3242.....	369	3298.....	370		
3173.....	365	3243.....	369	3299.....	370		
3174.....	365	3244.....	369	3300.....	370		
3175.....	365	3245.....	369	3301.....	370		

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
3447.....	364, 365	3611.....	367	3663.....	369	4074.....	373
3452.....	365, 366	3612.....	367	3664.....	369	4075.....	373
3453.....	365, 366	3613.....	367	3665.....	369	4076.....	372
3454.....	365, 366	3614.....	367	3666.....	369	4077.....	373
3455.....	365, 366, 367	3615.....	367	3667.....	369	4078.....	373
3456.....	365	3616.....	367	3668.....	369	4079.....	373
3457.....	365	3617.....	367	3669.....	369	4080.....	373
3458.....	365	3618.....	367	3670.....	369	4081.....	373, 374
3459.....	365	3619.....	367	3671.....	369	4082.....	374
3464.....	365, 366	3620.....	367	3672.....	369	4083.....	374
3465.....	365, 366	3621.....	367	3673.....	369	4084.....	374
3466.....	365, 366	3622.....	367	3674.....	369	4085.....	373
3467.....	365, 366	3623.....	367	4011.....	372	4086.....	374
3472.....	366	3624.....	367	4012.....	372	4087.....	374
3473.....	366	3625.....	368	4013.....	372	4088.....	373
3474.....	366	3626.....	368	4015.....	372	4090.....	372
3475.....	366	3627.....	368	4016.....	372	4091.....	373
3476.....	366	3628.....	368	4017.....	372	4092.....	373
3477.....	366	3629.....	368	4018.....	372	4093.....	372
3478.....	366	3630.....	368	4019.....	372	4094.....	372
3479.....	366	3631.....	368	4029.....	372	4095.....	373
3484.....	365	3632.....	368	4030.....	372	4097.....	372
3485.....	365	3633.....	368	4031.....	372	4098.....	374
3486.....	365	3634.....	368	4036.....	373	4099.....	374
3487.....	365	3635.....	368	4037.....	373	4100.....	374
3500.....	364	3636.....	368	4038.....	373	4101.....	374
3501.....	364	3637.....	368	4039.....	373	4102.....	359, 372
3502.....	364	3638.....	368	4040.....	373	4103.....	373
3503.....	364	3639.....	368	4042.....	372	4104.....	374
3504.....	366	3640.....	368	4045.....	373	4105.....	374
3505.....	366	3641.....	368	4047.....	374	4106.....	372
3506.....	366	3642.....	368	4048.....	374	4107.....	372
3507.....	366	3643.....	368	4049.....	374	4108.....	373
3508.....	366	3644.....	368	4050.....	374	4109.....	373
3509.....	366	3645.....	368	4051.....	374	4110.....	373
3510.....	366	3646.....	368	4052.....	374	8000.....	264
3511.....	366	3647.....	368	4053.....	374	8001.....	264
3516.....	366, 367	3648.....	368	4055.....	374	8002.....	264
3517.....	366, 367	3649.....	368	4056.....	374	8003.....	265
3518.....	366, 367	3650.....	368	4058.....	374	8004.....	265
3519.....	366, 367	3651.....	368	4060.....	372	8005.....	265
3600.....	367	3652.....	368	4061.....	374	8006.....	265
3601.....	367	3653.....	368	4062.....	372	8007.....	265
3602.....	367	3654.....	368	4063.....	373	8008.....	265
3603.....	367	3655.....	368	4064.....	372	8010.....	265
3604.....	367	3656.....	368	4065.....	373	8011.....	265
3605.....	367	3657.....	368	4066.....	372	8012.....	265
3606.....	367	3658.....	368	4068.....	373	8013.....	265
3607.....	367	3659.....	368	4069.....	373	8014.....	265
3608.....	367	3660.....	368	4070.....	373	8015.....	265
3609.....	367	3661.....	369	4071.....	373	8016.....	265
3610.....	367	3662.....	369	4072.....	373	8017.....	265

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8018.....	265	8070.....	267	8126.....	349	8179.....	218
8019.....	265	8071.....	262	8127.....	285	8180.....	218
8020.....	265	8072.....	137	8128.....	371	8181.....	168
8021.....	265	8073.....	137	8129.....	352	8182.....	165
8022.....	265	8074.....	137	8130.....	266	8183.....	165
8023.....	265	8075.....	303, 351	8131.....	259	8184.....	218
8024.....	265	8076.....	291	8132.....	91	8185.....	218
8025.....	265	8077.....	291	8133.....	91	8186.....	218
8026.....	265	8078.....	291	8134.....	91	8187.....	218
8027.....	266	8079.....	168	8135 ...	159, 178, 189,	8188.....	218
8028.....	266	8080.....	168	244		8189.....	218
8029.....	266	8081.....	168	8136 ...	159, 178, 189,	8190.....	218
8030.....	263	8082.....	320	244		8191.....	218
8031.....	263	8083.....	283	8137.....	272	8192.....	218
8032.....	264	8084.....	275	8138.....	295	8193.....	218
8033.....	264	8085.....	275	8139.....	283	8194.....	218
8034.....	264	8086.....	260, 262	8140.....	178	8195.....	218
8035.....	264	8087.....	260, 262	8141.....	153	8196.....	218
8036.....	266	8088.....	188	8142.....	153	8197.....	219
8037.....	266	8089.....	259	8143.....	153	8198.....	219
8038.....	266	8090.....	284	8144.....	152	8199.....	219
8039.....	266	8091.....	259	8145.....	275	8200.....	219
8040.....	266	8092.....	259	8146.....	255	8201.....	219
8041.....	266	8094.....	287, 289	8147.....	347	8202.....	219
8042.....	266	8095.....	296	8148.....	347	8203.....	219
8043.....	266	8096.....	293	8149.....	347	8204.....	219
8044.....	266	8097.....	293	8150.....	347	8205.....	219
8045.....	266	8098.....	296	8151.....	347	8206.....	219
8046.....	266	8099.....	291	8152.....	347	8207.....	219
8047.....	266	8100.....	341	8153.....	347	8208.....	219
8048.....	266	8101.....	118	8154.....	347	8209.....	220
8049.....	266	8104.....	122	8155.....	349	8210.....	220
8050.....	266	8105.....	122	8156.....	254	8211.....	183
8051.....	266	8106.....	122	8157.....	254	8212.....	183
8052.....	266	8107.....	119	8158.....	338	8213.....	183
8053.....	266	8108.....	125	8159.....	338	8214.....	181
8054.....	266	8109.....	120	8160.....	338	8215.....	184
8055.....	266	8110.....	125	8161 ...	129, 149, 153	8216.....	183
8056.....	266	8111.....	140	8162 ...	129, 149, 154	8218.....	220
8057.....	266	8112.....	139	8164.....	217	8219.....	220
8058.....	266	8113.....	121	8165.....	217	8220.....	220
8059.....	266	8114.....	274	8166.....	217	8221.....	221
8060.....	266	8116.....	119, 194	8167.....	217	8222.....	221
8061.....	266	8117.....	95	8168.....	217	8223.....	221
8062.....	266	8118.....	298	8169.....	217	8224.....	221
8063.....	266	8119.....	102	8170.....	217	8225.....	221
8064.....	266	8120.....	273	8171.....	352	8226.....	221
8065.....	266	8121.....	143	8172.....	352	8227.....	221
8066.....	266	8122.....	276	8173.....	300	8228.....	221
8067.....	266	8123.....	276	8176.....	300	8229.....	221
8068.....	266	8124.....	276	8177.....	300	8230.....	222
8069.....	267	8125.....	208, 261	8178.....	217	8231.....	222

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8232.....	222	8298.....	228	8354.....	144	8409.....	230
8233.....	222	8299.....	228	8355.....	144	8410.....	230
8234.....	222	8300.....	228	8356.....	144	8411.....	230
8235.....	222	8301.....	195, 198	8357.....	144	8412.....	230
8236.....	222	8302.....	157	8358.....	234	8413.....	230
8237.....	223	8303.....	161	8359.....	234	8414.....	230
8238.....	223	8304.....	173	8360.....	205	8415.....	230
8239.....	223	8305.....	181	8361.....	205	8416.....	230
8240.....	224	8306.....	192	8363.....	205	8417.....	230
8241.....	199	8307.....	203	8364.....	205	8418.....	230
8242.....	198	8308.....	186	8365.....	205	8419.....	229
8243.....	198	8309.....	164	8366.....	205	8420.....	207
8244.....	198	8311.....	198	8367.....	205	8421.....	207
8245.....	198	8312.....	198	8368.....	205	8422.....	207
8246.....	199	8313.....	198	8369.....	205	8423.....	207
8247.....	223	8314.....	198	8370.....	205	8424.....	207
8248.....	223	8315.....	200	8371.....	205	8425.....	207
8249.....	223	8316.....	200	8372.....	205	8426.....	207
8250.....	225	8317.....	200	8373.....	205	8427.....	207
8251.....	293, 300	8318.....	200	8374.....	205	8428.....	207
8252.....	224	8319.....	200	8375.....	206	8429.....	207
8253.....	224	8320.....	139	8376.....	206	8430.....	207
8254.....	224	8321.....	139	8377.....	206	8431.....	208
8255.....	224	8322.....	139	8378.....	206	8432.....	208
8256.....	224	8323.....	134	8379.....	206	8433.....	208
8257.....	224	8324.....	134	8380.....	206	8434.....	208
8258.....	224	8325.....	134	8381.....	206	8435.....	208
8259.....	228	8326.....	134	8382.....	206	8436.....	208
8260.....	228	8327.....	135	8383.....	206	8437.....	208
8271.....	97	8328.....	228	8384.....	206	8438.....	208
8276.....	224	8329.....	229	8385.....	206	8439.....	208
8277.....	224	8330.....	229	8386.....	206	8440.....	208
8278.....	224	8331.....	229	8387.....	206, 298	8441.....	208
8279.....	225	8332.....	229	8388.....	229	8442.....	232
8280.....	225	8333.....	229	8389.....	229	8443.....	232
8281.....	225	8334.....	229	8390.....	229	8444.....	232
8282.....	225	8336.....	349	8391.....	229	8445.....	232
8283.....	225	8339.....	294	8392.....	229	8446.....	232
8284.....	225	8340.....	294	8393.....	229	8447.....	232
8285.....	225	8341.....	293	8394.....	230	8448.....	232
8286.....	225	8342.....	201	8395.....	230	8449.....	239
8287.....	225	8343.....	201	8396.....	230	8450.....	231
8288.....	226	8344.....	200	8397.....	230	8451.....	231
8289.....	226	8345.....	200	8398.....	234	8452.....	231
8290.....	226	8346.....	200	8399.....	234	8453.....	231
8291.....	226	8347.....	200	8400.....	240	8454.....	231
8292.....	228	8348.....	230	8401.....	240	8455.....	231
8293.....	228	8349.....	230	8402.....	236	8456.....	231
8294.....	228	8350.....	143	8405.....	230	8457.....	231
8295.....	228	8351.....	144	8406.....	230	8458.....	231
8296.....	228	8352.....	144	8407.....	230	8459.....	231
8297.....	228	8353.....	144	8408.....	230	8460.....	231

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8461.....	231	8612.....	289	8692.....	235	8746.....	235
8462.....	231	8613.....	287, 289	8693.....	235	8747.....	96
8463.....	231	8622.....	288, 289	8694.....	235	8748.....	244
8464.....	231	8623.....	292	8695.....	235	8749.....	244
8465.....	232	8624.....	296	8696.....	235	8750.....	307
8466.....	232	8627.....	290	8697.....	236	8751.....	242
8467.....	232	8628.....	292	8698.....	236	8752.....	242
8468.....	232	8629.....	167	8699.....	236	8753.....	242
8469.....	232	8630.....	99	8700.....	299	8754.....	243
8470.....	232	8631.....	99	8701.....	297	8755.....	243
8471.....	232	8632.....	99	8702.....	297	8756.....	243
8472.....	232	8633.....	99	8703.....	297	8757.....	243
8473.....	232	8634.....	99	8704.....	206, 298	8758.....	243
8474.....	232	8635.....	99	8705.....	303	8759.....	243
8475.....	232	8636.....	100	8706.....	166	8760.....	148
8476.....	232	8637.....	100	8707.....	297	8761.....	148
8477.....	232	8638.....	100	8708.....	241	8762.....	148
8478.....	232	8639.....	100	8709.....	241	8763.....	148
8479.....	232	8640.....	100	8710.....	241	8764.....	148
8480.....	233	8641.....	100	8711.....	241	8765.....	148
8481.....	233	8642.....	100	8712.....	241	8766.....	148
8482.....	233	8643.....	100	8713.....	241	8767.....	148
8483.....	233	8644.....	100	8714.....	242	8768.....	148
8484.....	233	8645.....	100	8715.....	127	8769.....	149
8485.....	233	8646.....	100	8717.....	102	8770.....	149
8486.....	233	8647.....	100	8718.....	102	8771.....	238
8487.....	233	8648.....	100	8719.....	102	8772.....	238
8488.....	233	8649.....	100	8720.....	126	8773.....	238
8489.....	233	8650.....	101	8721.....	136	8774.....	238
8490.....	233	8660.....	99	8722.....	140	8775.....	238
8491.....	233	8661.....	99	8723.....	142	8777.....	238
8492.....	233	8662.....	99	8724.....	146	8778.....	238
8493.....	233	8663.....	99	8725.....	152	8779.....	238
8494.....	233	8664.....	99	8727.....	161	8780.....	239
8495.....	233	8665.....	99	8728.....	164	8781.....	239
8496.....	234	8666.....	100	8729.....	169	8782.....	239
8497.....	234	8667.....	100	8730.....	174	8783.....	239
8498.....	234	8668.....	100	8731.....	176	8784.....	239
8499.....	234	8669.....	100	8732.....	182	8785.....	239
8500.....	234	8670.....	100	8733.....	186	8786.....	239
8550.....	158	8671.....	100	8734.....	192	8787.....	239
8600.....	293	8672.....	100	8735.....	196	8788.....	239
8601.....	294	8673.....	100	8736.....	199	8789.....	239
8602.....	294	8674.....	100	8737.....	201	8790.....	239
8603.....	292	8675.....	100	8738.....	203	8791.....	239
8604.....	292	8676.....	100	8739.....	155	8792.....	218
8605.....	204	8677.....	100	8740.....	149	8793.....	218
8606.....	204	8678.....	100	8741.....	235	8794.....	218
8607.....	288	8679.....	100	8742.....	235	8795.....	229
8609.....	288	8680.....	101	8743.....	235	8796.....	229
8610.....	288	8690.....	235	8744.....	235	8797.....	231
8611.....	288	8691.....	235	8745.....	235	8798.....	233

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
8799.....	240	8860.....	250	8921.....	237	8975.....	106
8800.....	293	8861.....	250	8922.....	237	8977.....	106
8810.....	246	8862.....	250	8923.....	238	8978.....	106
8811.....	247	8863.....	250	8924.....	238	8987.....	105
8812.....	247	8864.....	250	8925.....	238	8988.....	105
8813.....	247	8865.....	250	8926.....	238	8989.....	105
8814.....	247	8866.....	250	8927.....	238	8990.....	105
8815.....	247	8867.....	250	8928.....	238	8991.....	105
8816.....	247	8868.....	250	8929.....	238	8992.....	105
8817.....	247	8869.....	250	8930.....	238	8997.....	105
8818.....	247	8870.....	250	8931.....	238	8998.....	106
8819.....	247	8871.....	250	8932.....	258	9000.....	186
8820.....	247	8872.....	250	8933.....	319	9001.....	162, 187
8821.....	247	8873.....	244	8934.....	239	9002.....	162, 187
8822.....	247	8874.....	244	8935.....	239	9003.....	162, 187
8823.....	247	8875.....	244	8936.....	239	9004.....	162, 187
8824.....	247	8876.....	321	8937.....	239	9005.....	162, 187
8825.....	247	8877.....	251	8938.....	240	9006.....	162, 187
8826.....	247	8879.....	271	8939.....	240	9007.....	162, 188
8827.....	247	8880.....	272	8940.....	240	9008.....	189
8828.....	247	8889.....	104	8941.....	240	9009.....	189
8829.....	248	8894.....	245	8942.....	240	9010.....	189
8830.....	248	8895.....	245	8943.....	240	9011.....	299
8831.....	248	8896.....	246	8944.....	240	9012.....	142
8832.....	248	8897.....	246	8945.....	240	9013.....	143
8833.....	248	8898.....	104	8946.....	240	9014.....	143
8834.....	248	8899.....	104	8947.....	240	9015.....	297
8835.....	248	8900.....	332	8948.....	240	9016.....	297
8836.....	248	8901.....	135, 138, 141, 145, 148, 151,	8949.....	240	9017.....	299
8837.....	248		156, 160, 163,	8950.....	340	9018.....	299
8838.....	248		172, 175, 185,	8951.....	177	9019.....	299
8839.....	248		191, 198, 200, 202	8953.....	171	9020.....	299
8840.....	248			8954.....	171	9021.....	299
8841.....	248	8902.....	236	8955.....	340	9022.....	299
8842.....	248	8903.....	236	8956.....	240	9023.....	300
8843.....	248	8904.....	236	8957.....	273	9024.....	300
8844.....	249	8905.....	236	8958.....	240	9025.....	300
8845.....	249	8906.....	236, 240	8959.....	240	9026.....	300
8846.....	249	8907.....	236	8961.....	240	9027.....	304
8847.....	249	8908.....	236	8962.....	241	9028.....	301
8848.....	249	8909.....	236	8963.....	241	9029.....	166
8849.....	249	8910.....	236	8964.....	241	9032.....	305
8850.....	249	8911.....	236	8965.....	241	9033.....	305
8851.....	249	8912.....	237	8966.....	241	9035.....	305
8852.....	249	8913.....	237	8967.....	106, 241	9036.....	306
8853.....	249	8914.....	237	8968.....	241	9037.....	306
8854.....	249	8915.....	237	8969.....	241	9038.....	307
8855.....	250	8916.....	237	8970.....	107	9039.....	307
8856.....	250	8917.....	237	8971.....	107	9040.....	307
8857.....	250	8918.....	237	8972.....	107	9041.....	307
8858.....	250	8919.....	237	8973.....	107	9042.....	307
8859.....	250	8920.....	237	8974.....	107	9043.....	307

INDEX NUMÉRIQUE

Code	Page	Code	Page	Code	Page	Code	Page
9044.....	307	9083.....	310	9121.....	313	9193.....	129
9045.....	307	9084.....	311	9122.....	314	9194.....	129
9046.....	307	9085.....	311	9123.....	314	9195.....	129
9047.....	307	9086.....	311	9124.....	314	9196.....	129
9048.....	307	9087.....	311	9125.....	314	9197.....	129
9049.....	307	9088.....	311	9126.....	314	9200.....	138
9050.....	307	9089.....	311	9127.....	314	9201.....	138
9051.....	308	9090.....	311	9128.....	314	9202.....	138
9052.....	308	9091.....	311	9129.....	314	9203.....	138
9053.....	308	9092.....	311	9130.....	314	9204.....	138
9054.....	308	9093.....	311	9131.....	314	9205.....	139
9055.....	308	9094.....	311	9132.....	314	9206.....	139
9056.....	308	9095.....	311	9133.....	314	9207.....	139
9057.....	308	9096.....	311	9134.....	314	9208.....	139
9058.....	308	9097.....	311	9135.....	314	9209.....	139
9059.....	308	9098.....	312	9136.....	314	9210.....	263
9061.....	309	9099.....	312	9137.....	314	9211.....	263
9062.....	309	9100.....	312	9138.....	315	9212.....	263
9063.....	309	9101.....	312	9139.....	315	9213.....	263
9064.....	309	9102.....	312	9140.....	315	9214.....	263
9065.....	309	9103.....	312	9141.....	157	9215.....	263
9066.....	309	9104.....	312	9142.....	124	9216.....	263
9067.....	309	9105.....	312	9143.....	124	9217.....	263
9068.....	309	9106.....	312	9144.....	178	9218.....	263
9069.....	309	9107.....	312	9145.....	194	9219.....	263
9070.....	309	9108.....	312	9146.....	194	9220.....	263
9071.....	309	9109.....	312	9147.....	279	9221.....	263
9072.....	309	9110.....	312	9148.....	120	9222.....	263
9073.....	309	9111.....	312	9149.....	120	9223.....	263
9074.....	310	9112.....	313	9150.....	120	9224.....	263
9075.....	310	9113.....	313	9151.....	120	9225.....	263
9076.....	310	9114.....	313	9152.....	296	9226.....	263
9077.....	310	9115.....	313	9153.....	262	9227.....	264
9078.....	310	9116.....	313	9154.....	332	9228.....	264
9079.....	310	9117.....	313	9155.....	332	9229.....	264
9080.....	310	9118.....	313	9158.....	91	9230.....	264
9081.....	310	9119.....	313	9159.....	91	9231.....	263
9082.....	310	9120.....	313	9160.....	91		

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.

Une demande de paiement soumise de nouveau sous un numéro d'assurance-maladie différent doit être présentée par voie électronique si le service a été dispensé plus de trois mois auparavant. Il faut aussi fournir le numéro de la demande de paiement précédente.

Veillez 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

Les demandes de paiement pour la rémunération à l'acte doivent être présentées à l'Assurance-maladie par voie électronique.

Pour pouvoir présenter des demandes de paiement par voie électronique, un fournisseur de services doit d'abord remplir l'Entente sur la présentation des demandes de paiements à l'Assurance-maladie et le renvoyer au registraire des fournisseurs de services à l'adresse AssuranceMaladie.RegistraireFS@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. Acupuncture, 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) Le médecin peut aviser le patient de contacter Services Nouveau-Brunswick.
- d) Le médecin peut aviser le patient de contacter 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 a le droit de demander une révision. Le processus de révision est déclenché par une demande écrite du médecin au directeur/directrice général de l'Assurance- maladie et services aux 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 et services aux médecins 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 général (la directrice) de l'Assurance- maladie et services aux 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 inversé;*
- 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 canceriser;*

- 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* [paragraphe 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 médecins 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.

7.2.1 Signature électronique et mots de passe

La fonction essentielle d'une signature (électronique ou autre) consiste à associer le signataire ou l'utilisateur de l'identificateur au service dispensé. Les médecins et autres fournisseurs de services entrent leur signature électronique ou leur identificateur afin d'établir clairement l'identité la personne qui dispense le service. Les utilisateurs doivent gérer et protéger leur identification, y compris leurs mots de passe.

Les identificateurs des utilisateurs constituent un aspect important de la sécurité informatique et la protection de première ligne des comptes d'utilisateur.

Les utilisateurs sont responsables de toute l'activité réalisée sous leur identificateur d'utilisateur. Ils doivent considérer l'information comme sensible et confidentielle et toujours respecter les consignes reprises ci-dessous :

- Garder son mot de passe confidentiel.
- Ne communiquer son identificateur d'utilisateur à personne, pas même à un collègue ou à un adjoint administratif.
- Ne pas transmettre son identificateur d'utilisateur en texte clair en dehors d'un emplacement sécurisé.
- Ne pas afficher son identificateur d'utilisateur (au vu des autres).

Les utilisateurs sont responsables de toute l'activité réalisée sous leur identificateur d'utilisateur. Ils doivent considérer l'information comme sensible et confidentielle et toujours respecter les consignes reprises ci-dessous :

L'Association canadienne de protection médicale propose d'autres ressources – [Guide sur les dossiers électroniques](#)

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. Ils 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 2 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 (abrogée 01/04/2022)
- 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 14 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 (Éléments communs à tous les médecins). 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 parmi les exceptions autre part dans le Manuel avec des codes précis, vous pouvez présenter une demande afin 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 admission, 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 considération 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 normales 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 :

Un patient dirigé vers une procédure de diagnostic a besoin d'une évaluation complète pendant la consultation afin de facturer la consultation.

Documentation nécessaire pour prouver l'aiguillage

Chapitre 3: Préambule général

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 pour la facturation d'un service. ([Chapitre 1, section 7.2](#))

Prime d'urgence après les heures normales

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 :

Chapitre 3: Préambule général

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 normales 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 normales. Les deux éléments sont payables, car les critères « urgence » et « après les heures de travail » sont remplis.

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

- Un médecin demande une consultation le 1^{er} 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 normales. 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 :

- a) 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.
- b) Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 5½ livres (2,5 kg) ou moins à la naissance.
- c) 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 2 jours une opération pratiquée par le même chirurgien
- ii. Examen et préparation du patient
- iii. Tous les soins postopératoires pendant la période postopératoire normale (14 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.

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 14 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 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.

Chapitre 3: Préambule général

1.2.11 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.

Chapitre 3: Préambule général

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 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 agréée (75% du tarif pour spécialité agréée)	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 agréée (75% du tarif pour spécialité agréée)	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

Chapitre 3: Préambule général

☞ *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 Manuel.*

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 moins de 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 effectués 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 effectués 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 ou partie de celle-ci		2962	13
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : La prime d'urgence après les heures normales 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 Visites 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 197.88 \$ 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 ou
partie de celle-ci.....

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 surplus, si on effectue seulement des actes médicaux.

Dans les cas où une procédure est facturée avec une visite, des honoraires de surveillance exclusive peuvent être facturés. Le médecin doit déduire le temps spécifié pour la visite appropriée, ainsi qu'une demi-heure supplémentaire pour tenir compte de la durée de la ou des procédures.

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 que 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 indiqué 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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	23	40
Spécialistes prévus ci-dessus – par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	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), en supplément	1798	58
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

☞ *Note de l’Assurance-maladie : Le numéro de renvoi du médecin traitant doit être indiqué 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 microscopiqueC	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 et 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 PapanicolaouC	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 normales 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 normales. Les deux éléments sont payables, car les critères « urgence » et « après les heures de travail » sont remplis.

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


- Un médecin demande une consultation le 1^{er} 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 normales. 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.

Veillez 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 TARSINIENNES, 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, EN SUPPLÉMENT
964	ŒSOPHAGOSCOPIE
965	ŒSOPHAGOSCOPIE ET ABLATION DE LA MASSE
966	RÉINJECTION DANS UNE VARICE ŒSOPHAGIENNE
967	TUBE DE BLAKEMORE

Code	Description du code
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, EN SUPPLÉMENT
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
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 TARSIIENS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2724	CALCANÉUM, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2729	CHEVILLE, MALLÉOLE INTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2731	CHEVILLE, MALLÉOLE EXTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE

Code	Description du code
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. 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	9158	200
Assistant chirurgien, IMC ≥ 50.....	9159	66
Chirurgie en collaboration, IMC ≥ 50 (par chirurgien Collaborateur)	9160	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 décrits 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 indice de masse corporelle (IMC) du patient doit être indiqué dans le champ réservé au diagnostic ou aux commentaires de la demande de paiement électronique.**
- 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 ou 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.*

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 soumises par voie électronique 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 tranche de 15 minutes ou

partie de celle-ci.....	193	21
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.		

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Ce tarif ne peut s'ajouter aux tarifs de consultation 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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	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 eux, 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. De plus, il faut aussi indiquer sur la demande de paiement la personne qui obtient l'entrevue ainsi que la décision de traitement, le placement ou de ne pas réanimer. 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 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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci 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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (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)

Veillez 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.*

<u>Colonne A</u> <i>Codes de service payable avec la visite (8 unités)</i>	<u>Colonne B</u> <i>Codes de service non payable avec la visite (13 unités)</i>	<u>Colonne C</u> <i>Description</i>	<u>Colonne D</u> <i>Nom du produit</i>
8630	8660	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHE UX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO	<ul style="list-style-type: none"> • QUADRACEL
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHE UX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO, <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> • PEDIACEL
8632	8662	HÉPATITE A	<ul style="list-style-type: none"> • HAVRIX 720 JUNIOR • HAVRIX 1440 • VAQTA PÉDIATRIQUE/ADOLESC ENT • VAQTA ADULT
8633	8663	HÉPATITE A & B	<ul style="list-style-type: none"> • TWINRIX JUNIOR • TWINRIX
8634	8664	HÉPATITE B	<ul style="list-style-type: none"> • RECOMBIVAX HB PEDIATRIC • PÉDIATRIQUE • RECOMBIVAX HB ADULTE • RECOMBIVAX HB DIALYE • ENGERIX-B PEDIATRIC • ENGERIX-B ADULT
8635	8665	<i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> • ACT-HIB • HIBERIX

8636	8666	VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN	<ul style="list-style-type: none"> • GARDASIL • GARDASIL 9
8637	8667	INFLUENZA	<ul style="list-style-type: none"> • AGRIFLU • FLUVIRAL • VAXIGRIP • FLUZONE QUADRIVALENT • FLULAVAL TETRA • FLUZONE
8638	8668	POLIO INACTIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> • IMOVAX POLIO
8639	8669	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS	<ul style="list-style-type: none"> • M-M-R II • PRIORIX
8640	8670	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS, VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> • PRIORIX-TETRA • PROQUAD
8641	8671	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ MONOVALENT	<ul style="list-style-type: none"> • NEIS VAC-C • MENJUGATE
8642	8672	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ QUADRIVALENT	<ul style="list-style-type: none"> • MENVEO • NIMENRIX
8643	8673	MÉNINGOCOQUE POLYSACCHARIDIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • MENOMUNE
8644	8674	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 13-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 13
8645	8675	PNEUMOCOQUE-POLYSACCHARIDIQUE 23-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PNEUMOVAX 23
8646	8676	RAGE	<ul style="list-style-type: none"> • IMOVAX RAGES
8647	8677	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE)	<ul style="list-style-type: none"> • TD ADSORBED
8648	8678	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE)	<ul style="list-style-type: none"> • ADACEL • BOOSTRIX
8649	8679	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE	<ul style="list-style-type: none"> • ADACEL-POLIO • BOOSTRIX-POLIO

		RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE), POLIO INACTIVÉ	
8650	8680	VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> • VARILRIX • VARIVAX III
8651	8681	VAACIN À CONSTITUANTS MULTIPLES MÉNINGOCOQUE B	<ul style="list-style-type: none"> • BEXSERO
8652	8682	ROTAVIRUS HUMAIN VIVANT, ATTÉNUÉ, (SUSPENSION ORALE 1.5ML)	<ul style="list-style-type: none"> • ROTARIX (à partir du 1^{er} juin 2017) • ROTA TEQ

2.15.12 Télémedecine

Un service de « télémedecine » (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 télémedecine comprend des services de réception ou d'envoi, ou les deux, au sein d'un établissement régi par une RRS.

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

Les services de télémedecine 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.*

Soins généraux – 1 ^{er} patient traité, premier 15 minutes ou partie de celle-ci.....	8717	40
en supplément – par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	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. Le numéro de renvoi du spécialiste à distance est requis.*

Service de garde pour aide technique, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	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

2.15.13 Soins de santé dans les zones rurales

Clinique itinérante – 1^{er} patient, en supplément 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, 1^{er} patient, aj en supplément out 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.*

2.15.14 Allocations de déplacement

Allocations de déplacement (par intervalles de 20 minutes; temps réel du déplacement seulement utiliser la valeur unitaire générique de \$1.01) 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.

☞ *Note de l'assurance-maladie: Les demandes de paiement pour l'allocation de déplacement est rémunérer pour la durée totale du déplacement seulement aller-retour en excluant le temps d'attente.*

2.15.15 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'Assurance 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
Anesthésie 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 de l'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 de l'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.*

2.15.16 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 D^F-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 1^{er} 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 1^{er} 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 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 date à 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 facturé 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.

2.15.17 Rotations du service de garde autorisé

<u>Description</u>	<u>Code</u>	<u>Description</u>	<u>Code</u>
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 (MG)	T	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	C
MG – SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES	TA	OPHTALMOLOGIE	L
MG – HOSPITALISTES	TH	CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE	DB
MG – PRISONS	TJ	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	E
MG – MÉTHADONE	TM	OTOLARYNGOLOGIE – CHIRURGIE TÊTE ET COU	F
MG – NOUVEAU-NÉS	TN	PATHOLOGIE	N
MG – ASSISTANTS DE SALLE D'OPÉRATION	TO	NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE	DJ
MG – OBSTÉTRIQUE	TC	PSYCHIATRIE PÉDIATRIQUE	KC
MG – SOINS PALLIATIFS	TP	PÉDIATRIE	D
MG – 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		

2.15.18 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 facturé 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 opiacés8116 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/Letraitementdeladependanceauxopioïdes.htm>.

ImplantationImplants 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**Gestion de la diabète chronique**

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

Le programme vise à reconnaître 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 chroniques 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, un score de grade 2 sur l'échelle de Conseil de recherches médicales = BPCO légère)
 - **A le souffle court en faisant des exercices ardu** (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 ou partie de celle-ci.

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 ou partie de celle-ci.....

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 assujéti 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 hémolympatique 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),
en supplément 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 2^e au 30^e 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.

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

☞ *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	1413	226
Présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement	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 ou partie de celle-ci 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 ou partie de celle-ci 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 DenverB 2172 35

1.13 Aide médicale à mourir (AMAM)

AMAM, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci
(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 médicaments, 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 a l'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'admissibilite à l'AMAM et son dossier doit contenir la documentation exigee, soit Les formulaires dument remplis, signes et consignés.*

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 facture. Pour les patients qui vivent à l'exterieur d'un rayon de 5 km du bureau du medecin, 1 unite par km peut être facturée 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.*

1.14 Test de provocation d'injection et d'ingurgiter

Test de provocation.....C 9193 56
Test(s) de provocation additionnelle(s), même visite,
en supplément 9194 7
Immunothérapie orale pour les allergies alimentaire.....C 9197 56
Réanimation, si nécessaire, en supplément..... 9195 56
Prise en charge de l'anaphylaxie si nécessaire
en supplément 9196 56

-
- ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9193, 9194 et 9197 exigent que le nom de l'allergène testé soit indiqué dans le champ des commentaires ou du diagnostic sur la demande de paiement électronique.*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum de services pour le code de service 9193 est de cinq (5) par patient et par durée de vie. Les demandes de paiement dépassant ce nombre de services doivent être soumises dans le cadre d'une considération spéciale (CS).*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum de services pour le code de service 9194 est de cinq (5) par jour. Les demandes de paiement dépassant ce nombre de services doivent être soumises dans le cadre d'une considération spéciale (CS).*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum de services pour le code de service 9197 est de 1 par jour; maximum 20 par allergène.*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9195 et 9196 sont facturés en supplément aux codes de service 9193 ou 9197.*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9195 et 9196 ne sont pas facturables ensemble.*
 - ☞ *Note de l'Assurance-maladie : La gestion des réactions allergiques légères ne nécessitant pas d'épinéphrine est incluse dans le tarif pour les codes de service 9193 et 9197.*


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 post anesthésique 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, première injection, ou pose d'une greffe plaque du sang (code 1770), 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	Nourrisson 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 monopolmonaire	6
8	Intubation endotrachéale en état d'éveil lors d'un accès difficile aux voies respiratoires (non payable en plus de l'anesthésie monopolmonaire)	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) <ul style="list-style-type: none"> 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 ou sédation conscienteC 832 6

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.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 spinale ou épidurale intermittente d’un agent narcotique à longue durée d’action pour soulager la douleur, avec surveillance et soins ultérieurs.				
Première injection, ou pose d’une 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: Les codes de service 1770, 1771 et 1722 doit indiquer à quelle heure le service a été rendu.*

Réanimation cardiopulmonaire

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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 cédule

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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	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 <u>périopératoire</u> 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 lombaireC	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.

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.

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
Visite pour les personnes âgées, en supplément	8901	15

Ce code de service est facturable avec 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.

 **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.**

3.2 Visites en cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet.....	9200	55
Première visite comportant un examen spécifique	9201	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)	9202	54
Autres visites en cabinet	9203	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.

3.3 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.....	9204	221
----------------------------------------------------	------	-----

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Taux journalier, par jour		9205	39	
Taux journalier pour ECMO, par jour		9206	89	

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 9204 et 9205 ne sont pas payable avec le code de service 9206.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les soins intensifs ne sont pas payable le même jour que la cannulation pour ECMO*

Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....		9207	50	
Soins de supervision		9208	22	
Code de transfert – Soins en USI (voir la description du service au <u>chapitre 4,</u> <u>section 2.9</u>).....		9209	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.*


3.4 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.....		8320	49	
Soins subséquents				
Du 2 ^e au 30 ^e 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 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.*

3.5 Visite en services externe cédule

Visite à l'externe avec rendez-vous 8722 23

3.6 Soins de supervision

Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1 8111 29

3.7 Autres honoraires de visite

Comme pour les spécialistes en chirurgie générale (chapitre 5, section 5)

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
Subséquente dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	126	66
Visite pour les personnes âgées, en supplément	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.

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 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2256	31
Après 30 jours, par jour	2258	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 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.

4.6 Actes dermatologiques		
Biopsie cutanée diagnostique (réservée aux spécialistes).....A	134	34
Carcinome de la peau		
Excision elliptique et réparation chirurgicale	9012	84

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion.....C		371	CS	6
Avant la greffe cutanéeC		373-374		
(chapitre 20, section 6)				
☞ <i>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.</i>				
☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour la couverture médicale de l'ablation des lésions cutanées, voir le chapitre 7, section 1.2</i>				
Injection intralésionnelle de médicament par séance.....B		9013	15	
☞ <i>Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9013 ne doit pas être facturé pour les tests d'allergie.</i>				
Thérapie PUVAC		154	23	
Luminothérapie aux UV à bande étroite.....C		8121	23	
☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Une visite par semaine est payable en plus des codes de service 154 et 8121.</i>				
☞ <i>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)</i>				
Tests épicutanés pour dermatite de contact allergique				
Tests et antigène – par allergèneB		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 lasérothérapieB		129	108	
Jusqu'à ¼ heureB		130	140	
Jusqu'à 1 heureB		131	172	
Chaque ¼ d'heure supplémentaire.....B		135	30	
☞ <i>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.</i>				
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				
InitialeD		8350	254	6

Un ou plusieurs niveaux supplémentaires.....	8351	218		
----------------------------------------------	------	-----	--	--

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

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

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
Visite 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.		

5.2 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.

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
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e 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 cédule


Visite à l'externe avec rendez-vous

8724 23

5.5 Visites à domicile

Voir aussi [chapitre 4, section 2.15.3](#)

34 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.**

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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	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.*

Section 6 : Spécialistes en médecine 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 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 2 ^e au 30 ^e 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 famille ou une autre personne responsable, au besoin, et les

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 cédule

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 médicale à mourir (AMAM)

AMAM, par tranches de 15 minutes ou partie de celle-ci (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, signes et consignes.*

Kilométrage, par km à 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 facturée pour le kilométrage à 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 8161 a été facturé.***

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
Visite 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.

 *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 2 ^e au 30 ^e 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

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

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (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
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 ou partie de celle-ci (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 à 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 à 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.*

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 cédule

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.*

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 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 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2502	31
Après 30 jours, par jour.....	2504	16

Date du congé

Coordination complète des activités entourant le congé

<p>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.....</p>	2503	34
<p>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.</p>		
<p>☞ <i>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.</i></p>		
<p>☞ <i>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.</i></p>		
<p>Code de transfert Soins à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....</p>	8302	62
<p>Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....</p>	61	31
<p>9.4 Visite en services externe céduler</p>		
<p>Soins aux patients complexes en clinique de consultation externe</p>	9141	65
<p>9.5 Visites à domicile</p>		
<p>Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3.....</p>	164	40
<p>☞ <i>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.</i></p>		
<p>9.6 Soins intensifs</p>		
<p>Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.</p>		
<p>Évaluation initiale et instauration des soins.....</p>	224	221

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Taux journalier, par jour		225	35	
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (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](#).*

9.7 Actes spéciaux

Électroencéphalographie – simple interprétation.....B	168	25
Insertion d'aiguilles sous-temporales, en supplément	169	17
Avec stimulation médicamenteuse, p. ex. : métrazol, en supplément	170	17
Interprétation d'EEG de sommeil effectué à l'hôpital.....B	167	65
Vidéo-EEG de longue durée.....B	8550	135

☞ *Note de l'Assurance-maladie : L'étude « Longue durée » signifie une durée égale ou supérieure à une heure. La durée totale de l'étude, y compris l'heure du début et l'heure de la fin, doit être indiquée sur la réclamation.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8211 et 167 ne sont payables en plus du code de service 8550.*

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
Potentiel évoqué somatosensoriel	C	2645	15
Potentiel évoqué visuel	C	2646	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](#).

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 cours 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.*

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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 ultérieurC	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

par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (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 1^{er} doigt, à la comparaison de la sensibilité du nerf médian par rapport au nerf palmaire ulnaire du 4^e doigt, ou à toute autre comparaison avec le nerf médian. Cet acte ne peut être facturé qu'une fois par patient, par séance et par membre.*

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

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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 cédule

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.

11.5 Soins obstétricaux

Le paiement comporte des honoraires de visite plus des honoraires d'accouchement.

Voir [chapitre 2](#), règles d'évaluation 34 et 35.

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

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

Cogestion active pendant le travail	D	8182	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'accouchementD 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 \geq 12 semaines (sauf l'accouchement)
- Âge >70 ans
- Anomalie de Müller
- Immunosuppression (ChimioRX, VIH, usage de stéroïdes oraux)
- Paraplégie ou quadriplégie
- Maladie transmissible par le sang

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

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), en supplément.....	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 l'œil à l'aide de lampe à fente à triple miroir.....	C	232	15
Ophtalmodynamométrie	B	280	15

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 2 ^e au 30 ^e 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 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 cédule

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	


12.8 Examens du champ visuel assisté par ordinateur

Périmétrie statique automatisée de seuil, complète			
Exécution et interprétation.....B	105	40	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....		2912	77	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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; descémétocèle, 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.</p>				
Lentille de contact servant de bandage	D	2913	77	
Comprend les soins de contrôle. La consultation est payée séparément.				

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.*

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 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 polytraumatismeC 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 cédule

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.*

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 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 ou à une autre évaluation majeure	2441	55
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

Soins subséquents			
Du 2 ^e au 30 ^e 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.

14.4 Visite en services externe cédule

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 osseuseC	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'audiométrieC 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 récurrent (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 cours 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.*

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 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2453	31
Après 30 jours, par jour	2455	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.....

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.

☞ *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 cédule

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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (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](#).*

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 ou partie de celle-ci		2228	21
Counseling familial, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		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 ou partie de celle-ci		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 normales 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.

Section 16 : Spécialistes en psychiatrie et réadaptation

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

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

Cas référés**16.1 Consultations**

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique..... 202 115

Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même
maladie ou une complication en découlant 287 94

Visite pour les personnes âgées, en supplément 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 2^e au 30^e 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

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 ou partie de celle-ci.....	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
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Étude du réflexe cornéen	B	9007	20	
Étude de stimulation répétée dans le temps (maximum 3)	B	831	40	

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

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

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service Onde F partie supérieure et Onde 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 chirurgien ne pourra facturer une anesthésie locale ou un bloc majeur des nerfs somatiques en proximal du champ opératoire que si les services d'un anesthésiste avaient été par ailleurs nécessaires. L'infiltration d'un anesthésiant local dans le champ opératoire (incluant les nerfs digitaux) et les injections de médicaments à l'intérieur et autour du champ opératoire ne peuvent être facturées en plus des frais chirurgicaux.*

Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin, non intramusculaire	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	
Bloc épidural				
Cervical	B	1765	100	
Thoracique	B	1766	80	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Lombaire.....	B	1767	46	
Caudal	B	263	38	
Épidurale avec stéroïdes, en supplément		277	10	
Injection d'articulation				
Sacro-iliaque.....	B	1887	29	
Injection d'une facette articulaire – par articulation ..	B	2120	50	
Injection aux points de gâchette.....	B	1889	15	
Supplémentaire	B	1890	8	
Injection d'alcool, de phénol ou d'autres agents sclérosants – honoraires de base tels qu'indiqués ci-dessus.....	B	294	CS	

Dénervation par radiofréquence

Facette articulaire lombaire ou thoracique.....	C	9008	74	
-------------------------------------------------	---	------	----	--

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

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

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

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

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

16.9 Injection de toxine botulique

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

Autres régions

Parmi les autres régions d'injection, on compte :

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

Injections multiples

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

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

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

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

Section 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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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.

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, en supplément.....	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, en supplément	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/Letraitementdeladependanceauxopioïdes.htm>.

☞ *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, section 1.1](#) 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 2 ^e au 30 ^e 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 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
chapitre 4, section 2.9)		1826	80	
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)		59	31	
<p>☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs, voir le chapitre 4, section 2.9.</i></p> <p>☞ <i>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.</i></p>				
18.4 Visite en services externe céduleur				
Visite à l'externe avec rendez-vous		8735	23	
18.5 Visites à domicile				
Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		328	40	
<p>☞ <i>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.</i></p>				
18.6 Autres actes				
Électrochocs	A	333	70	6
Psychothérapie, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		331	45	
<p>☞ <i>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.</i></p>				
Soins psychiatriques ou psychothérapie de groupe – 2 personnes ou plus, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		341	45	
Soins psychiatriques ou psychothérapie familiale – 2 membres ou plus de la famille recevant des soins au cours d'une même séance, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	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.*

Participation par un psychiatre à une commission de recours pour le compte du patient en vertu de la Loi sur la santé mentale, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci (utiliser la valeur unitaire generique de 1,01 \$)	8807	62
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les demandes de paiement comportant le code de service 8807 doivent être soumises sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La durée totale, y compris l'heure de début et de fin du temps consacré, incluant le temps passé à la préparation des cas jusqu'à concurrence d'une heure, doit figurer sur la demande de paiement.*

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 famille ou une autre personne responsable, au besoin, et les

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 cédule

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](#))

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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 cédule

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](#))

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 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 2 ^e au 30 ^e 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 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 céduleur

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

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 salineB	536	6	6	

21.6 Stimulation du nerf sacré

Traitement initial.....C	8605	30		
MaintienC	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.

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
Médecin présent sans exécuter l'acte (interprétations seulement).....B	1897	23
Échographie < 16 semaines	8366	48
Pour chaque fœtus supplémentaire (gestation multiple), en supplément.....	8367	36
Évaluation de la clarté nucale/dépistage au premier trimestre	8368	63
Pour chaque fœtus additionnel (gestation multiple), en supplément	8369	47
Échographie > 16 semaines	8370	49
Pour chaque fœtus additionnel (gestation multiple), en supplément	8371	37
Échographie génétique.....B	8372	108
Pour chaque fœtus additionnel (gestation multiple), 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	8379	140	
Pour chaque foetus additionnel (gestation multiple), en supplément	8380	105	
Échographie peropératoire	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 chorales	8385	90	
Insertion d'un shunt fœtal – par la vessie ou la région dorsale, dans la cavité amniotique	8386	269	
Transfusion fœtale/perfusion de médicaments.....B	1412	359	
Cerclage (béance du col-réparation chirurgicale) Incluant le cerclage prophylactique	1477	154	6
Pour un col utérin ouvert de 2 cm ou plus	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).*

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 appropriés des visites et consultations, voir [chapitre 5, section 7](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cardiostimulateur biventriculaire	D	8431	846	9
Réparation, remplacement ou ajout de la première électrode.....	D	8432	284	9
Pour chaque électrode supplémentaire, en supplément.....		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, en supplément		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](#) (2^e 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.

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**


Absès

Sous-cutané – furoncle, anthrax, kyste infecté, adénite superficielle, tournoie, 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.

b) Services non admissibles à l'Assurance-maladie

1. L'exérèse de lésions cutanées bénignes ne comportant aucun risque de se transformer en lésions 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 phalangeC		377	77	6
Introduction				
Implantation de comprimés d'hormonesC		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 compliquéeD		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 compliquéeD		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 traumatiqueC		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


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 supplément 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 à 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, section 1](#).

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

Section 3 : Plâtres et attelles

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

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

Section 4 : Os

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

Application de fixateur externe pour os long pour le traitement d'une fracture	B	8164	150	6
Incision				
Biopsie osseuse				
Biopsie par poinçon				
Vertèbre +/- contrôle radiologique	B	538	138	6
Autres os +/- contrôle radiologique	B	2598	107	6
Biopsie chirurgicale				
Vertèbre	B	539	231	7
Bassin.....	B	1961	231	6
Autres os	B	1960	77	6
Drainage d'os (ostéomyélite)				
Incision du périoste et drainage	D	2250	76	6
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie (acte isolé)				
Os mineur	D	2248	189	6
Radius et cubitus	D	8165	330	6
Os majeur	D	561	295	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 (pértrochantérienne).....	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

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Enfant (moins de 16 ans).....D		8179	623	8
Périoracétabulaire - 3 os – GanzD		8180	1284	8
Calcanéus.....D		8792	383	6
TalusD		8793	291	6
MédiotarsienneD		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)				
Ostéogénèse par distraction (transport osseux ou allongement du tibia ou du fémur avec fixateur externe).....D		565	788	8
Allongement d'os long (intervention chirurgicale unique).....D		8184	561	8
Ostéotomie d'ouverture du tibiaD		8185	561	8
Ostéotomie d'ouverture du fémur.....D		8186	561	8
Raccourcissement d'os longD		8187	505	8
Raccourcissement du radius ou du cubitusD		8188	244	6
Raccourcissement du radius et du cubitusD		8189	452	6
Épiphyiodèse ou verrouillage - tibia ou fémurD		582	306	6
Tibia et fémur.....D		583	430	6
Décollement de l'épiphyse - ostéosynthèseD		556	496	8
Ostéotomie en coin plus ostéosynthèse.....D		557	563	8
Excision (voir aussi « Fractures » et « Amputation »)				
Exérèse des broches percutanéesD		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 généraleD		1963	115	6
Exérèse des dispositifs de fixation interne – plaque et vis.....D		475	200	6
Exérèse du clou centromédullaire, vis de blocage inclusesD		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'hôpitalD		8196	71	6
Exostose				
Os mineur.....D		1998	196	6
Os majeurD		2068	212	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
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
Calcaneum.....	D	8204	269	6
Excision de l’os trigone	D	8205	212	6
Excision de l’éperon calcanéen et dégagement de fascia	D	8206	192	6
Dégagement du fascia plantaire	D	8207	153	6
Excision de la rotule				
Partielle.....	D	571	254	6
Complète	D	572	396	6
Hanche – tête et col du fémur (Girdlestone).....	D	558	353	8
Coccygectomie.....	D	440	231	6
Excision de l’os hétérotopique pour l’ankylose articulaire, acte isolé.....				
	D	8208	506	6
Grefe 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 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
Phalange ou phalange				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2651	32	
Réduction fermée	D	2652	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2653	230	6
Réduction fermée et embrochage	D	8219	115	6
Chaque fracture supplémentaire.....	D	2654	75 %	UD
Fracture-luxation de Bennett				
Réduction fermée	D	2655	77	6
Réduction fermée et embrochage	D	8220	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2656	247	6
Os métacarpiens				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2657	31	

Réduction fermée	D	2658	62	6
Réduction fermée et embrochage	D	8221	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2659	238	6
Chaque fracture supplémentaire.....	D	2660	75 %	UD
Os carpiens, sauf le scaphoïde				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2661	77	
Réduction fermée	D	2662	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2663	303	6
Os scaphoïde				
Sans réduction	D	2664	92	
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2665	383	6
Excision partielle ou complète	D	2666	192	6
Réduction fermée du radius distal.....	D	8222	115	6
Réduction fermée du radius distal et changements de plâtre.....	D	8223	192	6

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

Réduction fermée et embrochage percutané du radius ...	D	8224	192	6
Réduction fermée avec fixation externe du radius distal	D	8225	242	6
Réduction ouverte avec fixation interne du radius distal	D	8226	285	6
Réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture intra-articulaire, radius distal	D	8227	393	6
Radius ou cubitus				
Sans réduction.....	D	2672	62	
Réduction fermée	D	2673	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2674	262	6
Radius et cubitus				
Sans réduction	D	2675	62	
Réduction fermée	D	2676	115	6
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi.....	D	2677	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne pour l'inclusion de clous flexibles	D	2678	356	6
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi.....	D	2679	356	6
Radius, tête ou col				
Sans réduction	D	2680	92	
Réduction fermée	D	2681	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2682	290	6
Remplacement de la tête du radius en cas de fracture	D	8228	385	6
Olécrane				
Sans réduction	D	2683	62	
Réduction fermée	D	2684	115	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2685	314	6
Humérus distal				
Sans réduction	D	2686	77	
Réduction fermée	D	2687	154	6
Réduction fermée et embrochage, fracture supracondylienne	D	8229	308	6

Réduction ouverte avec fixation interne supracondylienne humérus extra-articulaireD	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 articulairesD	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 réductionD	2692	77	
Réduction ferméeD	2693	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2694	423	6
Clous intramédullaires.....D	1839	460	6
Humérus, tubérosité simple			
Sans réductionD	2695	77	
Réduction ferméeD	2696	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2697	291	6
Humérus, col, fracture en deux parties			
Sans réductionD	2698	77	
Réduction ferméeD	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 ferméeD	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 réductionD	2703	46	
Réduction ferméeD	2704	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2705	460	6
Glénoïde (comprend le corps)			
Approche uniqueD	8235	555	6
Approche doubleD	8236	800	6
Clavicule			
Sans réductionD	2706	46	
Réduction ferméeD	2707	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2708	286	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Phalanges des membres inférieurs				
Phalange				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2709	31	
Réduction fermée	D	2710	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2711	137	6
Phalange ou phalange				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2712	31	
Réduction fermée	D	2713	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2714	137	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2715	75 %	UD
Os métatarsiens				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2716	31	
Réduction fermée	D	2717	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2718	175	6
Chaque fracture supplémentaire	D	2719	75 %	UD
Fracture-luxation des articulations tarso-métatarsiennes	D	8237	333	6
Fracture-luxation des articulations tarso-métatarsiennes avec plus de 3 luxations.....	D	8238	460	6
Os tarsiens sauf calcaneus et talus				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2720	77	
Réduction fermée	D	2721	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2722	269	6
Astragale				
Sans réduction	D	8247	77	
Réduction fermée	D	8248	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	8249	388	6
Calcaneus				
Sans réduction	D	2723	77	
Réduction fermée	D	2724	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne	D	2725	461	6
Avec arthrodèse primaire.....	D	2726	461	6
Cheville				
Sans réduction	D	2728	62	
Malléole interne				
Réduction fermée.....	D	2729	77	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2730	222	6
Malléole externe				
Réduction fermée.....	D	2731	62	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2732	222	6
Bimalléolaire				
Réduction fermée.....	D	2733	154	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	2735	350	6
Bimalléolaire avec réduction ouverte avec postérieure fixation interne de la malléole	D	8239	400	6
Péroné				

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Sans réductionD		2736	54	
Réduction ferméeD		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 articulairesD		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 réductionD		2739	77	
Réduction ferméeD		2740	154	6
Avec traction.....D		2734	251	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D		2741	423	6
Clous intramédullaires.....D		1840	460	6
Fracture du plateau tibial incluant l'arthrotomie du genou				
Plateau tibial médian ou latéralD		8256	445	6
Plateau tibial médian et latéralD		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 réductionD		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				
EnfantD		2748	192	6
Avec clou flexibleD		8240	350	6
AdulteD		2749	269	6
Réduction ouverte avec fixation interne.....D		2750	475	8
Clous intramédullaires.....D		1838	572	8
Clous intramédullaires céphalomédullairesD		8276	600	8
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genouD		8277	670	11
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou avec changement du polyéthylène de l'insert de postéro-stabilisation pour accéder au clouD		8278	800	11

Réduction ouverte avec fixation interne du fémur distal

intra-articulaire, incluant arthrotomie				
Fémur distal monocondyloire.....D	8279	628	8	
Fémur distal bicondyloire.....D	8280	760	8	
Fémur, col ou intertrochantérienne				
Réduction ferméeD	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 bipolaireD	2755	568	8	
Tronc				
Bassin - sans réduction – maximumD	2756	77		
Un ou plusieurs os – réduction fermée par manipulation, suivie d'une suspension ou d'une tractionD	2757	231	6	
Réduction fermée et application d'un fixateur externeD	8282	390	8	
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure ou postérieureD	2758	605	8	
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure et postérieure.....D	8283	905	10	
Fixation percutanée de l'articulation sacro-iliaqueD	8284	717	8	
Acétabulum +/- luxation				
Réduction ferméeD	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 acétabulaireD	8286	1247	13	
Remplacement total de la hanche pour une double fracture du pilier acétabulaireD	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 réductionC	8250	77		
Réduction fermée avec traction avec un appareil Halo ou un étrierC	2766	222	10	
Instrumentation postérieure pour fractureD	2767	862	10	
Côtes (1 ou plus)				
Sans réductionC	2770	HV		
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2747	342	8	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
<i>☞ Note de l'Assurance-maladie : Payable uniquement lorsqu'elle est effectuée par un médecin praticien en salle d'opération sous anesthésie générale ou régionale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal. Nécessite une évaluation de la plaie et un changement de pansement et peut inclure un traitement par pression négative (VAC). Code de débridement de plaie 8290 non payable en plus de la suture de la plaie principale.</i>				
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	
Embroschement interdentaire et intermaxillaire.....	D	423	154	8
Réduction et immobilisation de fracture simple ou compliquée, unilatérale ou bilatérale	D	417	308	11
Embroschage 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 osseuseD	2232	346	10
HémimandibulectomieD	2233	308	10
Greffe osseuse à la mâchoire ou au visage			
AutologueD	2234	308	10
Non autologueD	2235	231	10
Fractures du maxillaire – sans réduction..... HV			
Fracture de Le Fort I – réduction et attaches dentaires comprenant fils en circonférence.....D			
Immobilisation cranio-faciale externeD	2236	154	12
Immobilisation cranio-faciale externeD	2237	385	12
Fracture de Le Fort II et III – suspension facialeD	428	385	12
Fracture de Le Fort III compliquée, 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 KirschnerD			
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 ferméeD	420	77	6
Réduction ouverteD	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 osseusesD	1704	582	15
En deux segmentsD	1705	769	15
En trois segments ou plusD	1706	910	15
Ostéotomie et avancement maxillaires (Le Fort II), incluant greffes osseusesD			
1707	910	20	
Avancement maxillaire total (Le Fort III), incluant greffes osseusesD			
1708	1219	25	
Correction d’hypertélorisme			
Par voie extracrânienneD			
1709	1151	25	

Par voie intracrânienne.....D	1710	1546	25
Maxillectomie - partielle ou complète.....D	2096	500	12
Avec exentération orbitale.....D	2097	650	12

Section 5 : Articulations

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

Interventions ouvertes pour les luxations articulaires

Manipulation d'une articulation majeure (épaule, hanche, coude, genou)			
sous anesthésie générale.....D	2145	58	6
Avec aspiration et/ou injection – intervention isolée.....D	2671	73	6
Doigt, pouce			
Fermée.....D	507	23	6
Chirurgicale.....D	508	200	6
Articulation métacarpo-phalangienne – chirurgicale.....D	2774	200	6
Poignet, os carpiens			
Fermée.....D	505	115	6
Chirurgicale, aiguë.....D	506	324	6
Chirurgicale, chronique.....D	8259	512	6
Instabilité radiocarpienne			
Simple, réparation unique du poignet.....D	8292	239	6
Étendue, réparations multiples.....D	8293	478	6
Instabilité radio-cubitale distale.....D	8294	379	6
Coude			
Fermée.....D	503	54	6
Réparation chirurgicale incluant la neurolyse.....D	2775	154	6
Réparation aiguë d'un ligament.....D	8295	262	6
Réparation aiguë de plusieurs ligaments.....D	8296	442	6
Réparation de plusieurs ligaments et réduction ouverte de la coronoïde.....D	8297	562	6
Application d'un fixateur externe articulé, facturable en plus de la fracture, supplément.....	8298	200	UD
Luxation de la tête du radius			
Aiguë.....D	8299	180	6
Chronique.....D	8300	283	6
Épaule			
Fermée.....D	502	54	6
Chirurgicale.....D	2776	343	6
Traitement chirurgical de luxation chronique de plus de 21 jours.....D	8328	539	6
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure			
Réparation de tissu mou.....D	525	431	6
Réparation de l'os (procédure Latarjet).....D	8260	581	6

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

Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule postérieureD	8329	557	6
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure et postérieureD	8330	657	6
Ostéotomie de la glénoïde postérieureD	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 aiguëD	501	253	6
Deuxième reconstruction de l'articulation acromio-claviculaire avec prothèse de renforcement ligamentaire, supplément	8419	77	UD

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

Réparation chirurgicale d'une lésion chronique, incluant toutes les réparations de ligamentD	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 supplémentaireD	8334	68	UD
Articulation métatarso-phalangienne des orteils			
Fermée.....D	8388	23	6
Chirurgicale.....D	8389	191	6
Chaque articulation supplémentaireD	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 supplémentaireD	8393	50	UD


Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Réduction chirurgicale avec fixation interneD		8394	333	6
Réduction chirurgicale de plus de deux luxationsD		8395	460	6
Réduction opératoire du pied de Charcot, incluant le médiotarsienD		8396	700	6
Traitement de la difformité du pied dite de Charcot, incluant les malformations des articulations de Lisfranc et médiotarsiennes avec réduction ouverte avec fixation interne +/- ostéotomie, allongement du tendon d'Achille et traitement des tissus mous (acte isolé)D		8397	1175	6
Cheville				
Fermée.....D		2781	115	6
Chirurgicale.....D		2782	278	6
Réparation d'un ligament de la chevilleD		8348	256	6
Réparation de plusieurs ligaments de la chevilleD		8349	379	6
Rotule				
Fermée.....D		511	54	6
Réparation de luxation, aiguë.....D		2783	269	6
Réparation de luxation récidivanteD		8405	382	6
Réparation du ligament patello-fémoral médianD		8406	456	6
Ostéotomie du tubercule tibialD		8407	436	6
Genou				
Fermée.....D		1949	154	6
Chirurgicale.....D		1959	315	6
Instabilité du genou, une réparation primaire de ligament collatéralD		8408	345	6
Instabilité du genou, une reconstruction de ligament collatéralD		8409	416	6
Instabilité du genou, deux réparations primaires de ligament collatéralD		8410	504	6
Instabilité du genou, deux reconstructions de ligament collatéralD		8411	704	6
Réparation primaire postéro-latérale.....D		8412	345	6
Reconstruction postéro-latérale.....D		8413	533	6
Réparation du ligament croisé antérieurD		8414	345	6
Reconstruction du ligament croisé antérieur.....D		8415	533	6
Reconstruction du ligament croisé postérieurD		8416	708	6
Réparation du ligament croisé postérieur ou rattachement de l'avulsion osseuseD		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				
UnilatéraleD		2784	154	6
BilatéraleD		2785	231	6
Réduction fermée avec ténotomie d'adducteurs				
UnilatéraleD		553	231	6

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Bilatérale	D	554	308	6
Réduction chirurgicale	D	551	385	8
Avec opération de Koenig.....	D	552	462	8
Articulation sacro-coccygienne, non chirurgicale	C	2788	HV	
Colonne vertébrale - voir « Articulations - excision » et « Articulations - arthrodèse »				
Articulations temporo-mandibulaires	D	2244	23	6

Arthroscopie

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

Arthroscopie de l'épaule

Arthroscopie diagnostique	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 ancrs de suture pour acromioplastie avec dispositif de segmentation (allogreffe ou autogreffe), acte isolé	D	8463	675	6
Réparation de la coiffe des rotateurs sur deux rangées avec au moins trois ancrs de suture ou sutures de convergence, incluant l'acromioplastie.....	D	8464	675	6

Réparation/reconstruction de la coiffe des rotateurs avec dispositif d'augmentation (allogreffe ou autogreffe), incluant l'acromioplastie.....D	8465	750	6
Révision de la réparation de la coiffe des rotateurs incluant l'acromioplastie, supplément.....	8466	35 %	UD
Reconstruction de la capsule supérieure pour une déchirure massive de la coiffe.....D	8467	675	6
Interventions secondaires par des voies distinctes Avec acromioplastie, supplément	8468	77	UD
Avec excision de la clavicule distale par une incision distincte, supplément	8469	77	UD
Avec ténodèse ou ténoplastie du tendon du biceps, supplément	8470	77	UD
Arthroscopie du coude			
Arthroscopie diagnostique	8442	302	6
Synovectomie partielle et/ou ablation des souris articulaires symptomatiques.....D	8443	376	6
Embroschage de fracture ostéochondrale	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	8446	425	6
Débridement de l'articulation trochléo-cubitale ou radio-capitulaire	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	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 diagnostiqueD	8480	407	8
Arthroscopie thérapeutique de la hanche, débridement, exérèse des souris articulaires par plusieurs voiesD	8481	500	8
Excision du labrumD	8482	600	8
Réparation du labrum.....D	8483	682	8
Reconstruction du labrum avec une allogreffeD	8484	800	8
Ostéoplastie de la tête fémoraleD	8485	682	8
Ostéoplastie du rebord acétabulaireD	8486	682	8
Réparation des abducteurs de hancheD	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, supplémentD	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, supplémentD	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 diagnostiqueB	1962	139	6
Ménisectomie arthroscopique, genou un ou deux ménisquesD	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 synovialD	2938	295	6
Ostéochondrite disséquante			
CuretageD	2939	252	6
Ostéosynthèse.....D	2940	412	6
Dégagement d'aile externe de la rotuleD	2941	219	6
Rasage du cartilage de la rotuleD	2942	210	6
Rasage d'un condyle fémoral.....D	2943	231	6
des deux condyles fémorauxD	2944	308	6
Exérèse de corps étranger, crampons, vis ou broches.....D	2945	219	6

Chirurgie arthroscopique secondaire, même genou

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

Liste Code Unités Unités
Gen An

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 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
Embroschage 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 arthrosynovialD	398	77	6
Capsulectomie, capsulotomie, synovectomie, articulation digitale ou métacarpo-phalangienneD	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 ménisqueD	568	251	6
Médiale et latérale.....D	569	308	6
Synovectomie, genou antérieur.....D	2005	357	6
Synovectomie, genou antérieur et postérieur.....D	8741	535	6
Synovectomie de la hancheD	8742	436	6
Synovectomie de l'épauleD	8743	401	6
Synovectomie du coudeD	8744	389	6
Synovectomie de la chevilleD	8745	349	6
Ostéochondrite disséquante			
CuretageD	2800	251	6
Fixation interneD	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-mandibulaireD	2245	154	6
CondylectomieD	2246	231	6

Arthroplastie reconstructive (voir ostéotomie)

Articulation de doigt ou pouce, incluant synovectomie et arthroplastie du pouceD	2317	298	6
Arthroplastie du doigtD	8690	251	6
Chaque articulation supplémentaire.....D	2318	125	UD
Remplacement d'os carpienD	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 radialeD	2621	385	6
Révision totale, incluant l'excision de la tête radiale, la neurolyse du nerf cubital et la réparation du tricepsD	2625	800	6
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément.....	8693	115	UD
Révision du remplacement total du coude.....D	8694	1013	16
Arthroplastie du coude avec distraction.....D	8695	714	8
Articulée, supplément.....	8696	200	UD

Remplacement complet de l'épaule, incluant le composant glénoïdien.....D	2805	682	10
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, supplément	8697	115	UD
Hémiarthroplastie.....D	8698	568	10

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

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

Pied et cheville

Orteil en marteau.....D	588	115	6
Orteil, incluant Keller, McBride (voir aussi « Ostéotomie »), acte isolé	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	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	8909	259	6
Fusion interphalangienne ou interphalangienne proximale du gros orteil	8910	142	6
Chevauchement du petit orteil	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)	8911	651	6
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----	---

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

Allongement du tendon d'Achille, supplément	8912	96	UD
Réparation du ligament latéral de la cheville, supplément	8913	128	UD
Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, supplément	8914	177	UD
Reconstruction du pied plat (comprend une ostéotomie calcanéenne, le transfert du muscle long fléchisseur des orteils au muscle naviculaire, la fusion du médio-pied, l'ostéotomie)D	8915	751	6

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

Allongement du tendon d'Achille, supplément	8912	96	UD
Plicature du ligament ressort, supplément	8916	128	UD
Reconstruction du ligament deltoïde, supplément	8917	128	UD
Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, supplément	8914	177	UD
Bride (incluant les transferts du tibial postérieur au dorsum du pied, du muscle court fibulaire au dorsum du pied, du tibial antérieur au tibial postérieur).....D	8918	706	6

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

Ténoplastie des fléchisseurs multiples des orteils pour corriger les orteils en griffe, supplément.....	8919	96	UD
Reconstruction de l'avant-pied (comprend la bunionectomie, l'ostéotomie proximale du 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,			

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Révision de l'insert modulaire et bouton patellaireD		8780	611	11
Révision d'une composanteD		8781	955	11
Révision de deux composantesD		8782	1228	11
Révision du bouton patellaireD		8783	436	11
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut unique, supplémentD		8784	238	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut unique, supplémentD		8785	238	UD
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut circonférentiel, supplémentD		8786	833	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut circonférentiel, supplémentD		8787	859	UD
Allogreffe structurelle en bloc pour fémur distal et tibia proximal, supplémentD		8788	1004	UD
(Toutes les allogreffes en bloc ci-dessus sont structurelles)				
Révision de 1er stade pour infection avec Prostalac ou espaceurD		8789	982	11
Échange primaire de prothèses pour infection avec deux montages chirurgicaux distincts au cours d'une même séance chirurgicale. La plaie est refermée après la première intervention et le membre est de nouveau préparé et drapé – utilisation de composants de révision sur tige.....D		8790	2210	11
Utilisation de la navigation pour l'arthroplastie totale du genou, supplémentD		8791	50	UD
Transplantation d'allogreffe méniscale, tout comprisD		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 BipolaireD		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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 modulaireD		8940	500	13
Révision de la tête modulaire et du revêtementD		8941	682	13
Révision du composant fémoral ou acétabulaireD		8942	955	13
Révision de la tête modulaire et du revêtement acétabulaire avec synovectomie complète pour l'infection aiguë..D		8943	765	13
Révision des deux composantes (acte isolé).....D		8944	1228	13
Greffe par impaction du fémur (pas le grand trochanter), spécialement pour les défauts fémoraux confinés avec tige Exeter, supplément.....		8945	400	UD
Allogreffe en bloc pour reconstruction fémorale, supplément.....		8946	400	UD
Autogreffe ou allogreffe en bloc pour arthroplastie acétabulaire, supplément.....		8947	400	UD
Dispositif d'augmentation métallique pour arthroplastie acétabulaire, supplément.....		8799	300	UD
Révision de 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
 <i>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)</i>				
Non cimentée.....D		8400	420	8
Cimentée.....D		8401	524	8
 Arthrodèse (fusion)				
Interphalangienne.....D		8956	236	6
Doigt, pouce - métacarpo-phalangienD		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

Chapitre 8 : Système musculosquelettique


	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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

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

Fasciectomy 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

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	2309	191	6
Deux tendons ou plus (même membre).....	2310	240	6
Reconstruction de poulies de tendons fléchisseurs	2640	192	6
Insertion de tendon en silastic	2307	269	6
Insertion de tige en silastic dans la gaine tendineuse d'un fléchisseur	2308	192	6
Pied bot, talus vertical			
Allongement du tendon	594	154	6
Plus dégagement métatarsien médial ou capsulotomie postérieure	595	400	6
Plus dégagement métatarsien médial et capsulotomie postérieure	596	718	6
Transfert, transposition de tendon, ténodèse			
Un	2069	353	6
Chaque acte supplémentaire.....	2070	50 %	UD
Transfert de tendon, orteil plus petit	8755	154	6
Transfert tendineux et musculaire, hanche.....	8756	511	8
Réparation de l'avulsion du tendon d'abducteur, hanche (acte isolé).....	8757	353	8
Greffe tendineuse libre, acte global	617	308	6
Dégagement intrinsèque du doigt, acte indépendant	2320	154	6
Correction de la déformation en boutonnière	2321	154	6
Correction de la déformation en col de cygne	2322	154	6
Réparation ouverte de la coiffe des rotateurs, de l'épaule, incluant l'acromioplastie	524	428	6
Réparation ouverte de la coiffe des rotateurs pour une déchirure de 4 cm ou plus, incluant l'acromioplastie.....	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)	8759	682	6
Décollement de l'aponévrose fémorale, allongement de la bandelette de Maissiat	1968	154	6
Transplantation de doigt, pédicule vasculaire - soins complets	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	2316	CS	6
Réparation de l'amputation traumatique d'un doigt			
De la distale à la métacarpo-phalangienne	2006	38	6
Avec greffe cutanée libre, soins complets.....	2007	77	6

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Avec greffe pédiculée, soins complets.....D		2008	115	6
Suture méniscale (acte isolé)				
Un ménisque.....D		578	312	6
Ménisques médiaux et latéraux.....D		579	308	6

Section 7 : Bourses séreuses

Excision

Ganglion ou kyste.....D		8873	166	6
Coude - bourse olécrânienne.....D		601	131	6

Genou

bourse prérotulienne.....D		602	143	6
kyste poplité (de Baker).....D		8874	271	6
Hanche - bourse trochantérienne.....D		2826	174	6
Bourse ischiatique.....D		8875	174	6

Section 8 : Muscles

Incision

Section du scalène antérieur.....D		605	231	6
Avec résection de côte cervicale.....D		606	308	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.*

Section 10 : Amputations

Membre supérieur

Main

Articulation métacarpo-phalangienne ou partie distale

Une.....D 629 150 6

Chaque articulation ou partie distale

supplémentaire 630 38 UD

Transmétacarpienne, pouce ou doigt

Une.....D 627 294 6

Chaque articulation supplémentaire..... 628 38 UD

Tous les métacarpiens.....D 626 408 6

Poignet, désarticulationD 625 283 6

Avant-bras, au radius et cubitusD 624 371 6

Coude.....D 8894 371 6

Bras, à l'humérus.....D 623 400 6

Épaule, désarticulationD 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 plusD 638 323 6

MédiotarsienneD 8895 331 6

Chevilles (opération de Syme).....D 635 408 6

Jambe, au tibia et péronéD 634 408 6

Cuisse, au fémurD 633 408 6

Hanche, désarticulationD 632 1200 10

Inter-ilio-abdominale (du postérieur)D 631 1200 15

Révision de l'amputation (y compris l'os) au même niveau

sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent)D	8896	50 %	
Révision de l'amputation (tissus mous seulement) au même niveau sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent).D	8897	30 %	

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

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

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

Section 11 : Colonne vertébrale

Préambule :

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

Antérieur

Décompression antérieure

Cervicale

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau..D	8810	708	10
--------------------------------------------------------	------	-----	----

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Corpectomie, 1 niveauD		8811	1087	12
Décompression antérieure, abord par voie intra-buccaleD		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 niveauD		8815	445	11
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD		8816	1081	11
Fusion avec instrumentation, 1 niveau (plaques/vis) .D		8817	795	11
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD		8818	1664	12
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveauD		8819	1393	12
Fixation antérieure de l'odontoïdeD		8820	988	14
Thoracique et/ou lombaire				
Fusion sans instrumentation, 1 niveauD		8821	688	9
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD		8822	1081	12
Fusion avec instrumentation, 1 niveauD		8823	1024	12
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD		8824	1664	13
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveauD		8825	1399	13
Antérieur, codes groupés				
Discectomie cervicale antérieure et fusionD		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

Chapitre 8 : Système musculosquelettique**Liste Code Unités Unités
Gen An**

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
dispositif de fusion intersomatique)D		8829	485	11
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)D		8830	670	11
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		8831	675	11
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		8832	860	11
Lombaire				
1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)D		8833	485	8
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique)D		8834	670	8
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		8835	675	8
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		8836	860	8
Autres				
Ostéotomie de soustraction pédiculaire (Résection des éléments postérieurs, du pédicule et du corps vertébral pour faciliter le réalignement sagittal. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément.....		8837	314	UD
Corpectomie (Résection du corps vertébral, incluant les disques au-dessus et en dessous), chaque niveau supplémentaire après corpectomie d'un niveau, supplément		8838	550	UD
Vertébrorectomie (Résection de toute la vertèbre : corps vertébral, pédicule, éléments postérieurs. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), supplément		8839	653	UD
Fusion postérieure				
Cervicale et/ou thoracique et/ou lombaire				
Fusion sans instrumentation, 1 niveauD		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	8845	500	13
Arthrodèse de révision qui intègre le niveau de la chirurgie d'origine, supplément	8846	+35%	UD
Décompression et discectomie de révision qui intègrent le niveau de la chirurgie d'origine, supplément ...	8847	+35 %	UD

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

Vertébroplastie (injection du matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	8848	304	8
Kyphoplastie (application du ballonnet tampon, injection de matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	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	8854	1341	13
Décompression bilatérale postérieure sur 1 niveau et			

Chapitre 8 : Système musculosquelettique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
fusion avec instrumentation	D	8855	1433	13
Fusion intersomatique lombaire sur 1 niveau par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure) avec fusion postérieure avec instrumentation	D	8856	1610	13
Avec décompression unilatérale pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral.....	D	8857	1853	13
Avec décompression bilatérale postérieure pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral.....	D	8858	1982	13
Autres				
Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation cranosquelettique	D	8859	250	10
Mise en place de la veste de Halo et ajustements, supplément		8860	125	UD
Fracture-luxation, réduction fermée (peut être facturée en plus du code de l'intervention chirurgicale en dépit du moment de l'intervention)	D	8861	222	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, antérieure (acte isolé)	D	8862	271	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, postérieure (acte isolé)	D	8863	262	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, antérieure (acte isolé).....	D	8864	258	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, postérieure (acte isolé).....	D	8865	199	10
Irrigation/débridement de la blessure médullaire en cas d'infection ou d'hématome, acte isolé	D	8866	283	10
Réparation d'une fuite de LCR comme acte isolé.....	D	8867	424	10
 Note de l'Assurance-maladie: Excision de tumeur maligne (prime de cancer, payable dans le cadre de l'intervention principale)				
Interventions mettant en jeu des éléments neuronaux				
Implantation d'une électrode de stimulation de la moelle épinière par laminectomie	D	8868	539	9
Implantation ou révision du matériel de stimulation ou des conducteurs.....	D	8869	231	9
Exérèse de tout matériel de stimulation ou d'électrodes ..	D	8870	231	9
Programmation de la pompe à perfusion ou du stimulateur de la colonne dorsale	D	8871	100	9
Neurolyse intradurale de lésions atypiques (diastématomyélie, syndrome du filum terminale, etc.) un niveau	D	8872	562	10

CHAPITRE 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 completsD	643	98	6
Excision			
Biopsie de tissu mouB	644	54	6
Biopsie osseuseB	645	31	
Excision de polypes des fosses nasales – un côtéB	647	77	6
Excision de fibrome rhinopharyngé.....D	649	385	6
Excision de lésions intranasales par rhinotomie latéraleD	1773	375	7
Excision de tumeur du rhinopharynx (Wilson, par voie transpalatine).....D	2037	308	6
Rhinophyma, complète, incluant greffes cutanées au besoinD	650	154	6
Septemctomie incluant septoplastie.....D	652	192	6
Septoplastie avec correction de difformité nasaleD	8877	385	6
Réduction de cornet, un ou deux côtés, comportant cautérisation, cryochirurgie ou turbinectomieB	654	45	6
Rhinoplastie, traitement complet, y compris septectomie et greffes au besoinD	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 nezB	658	15	
Sous anesthésie générale.....B	659	31	6
RhinopharyngoscopieC	2853	36	
Neurectomie du nerf vidien			
Un côtéD	661	115	6
Deux côtés.....D	662	231	6
Insertion de bouton septalD	700	115	6
Manipulation			
Contrôle d'hémorragie nasale			
Par cautérisation de la cloison nasale.....B	666	15	6
Par tamponnement nasal antérieurA	667	15	6
Par tamponnement nasal postérieur Anesthésie localeD	668	77	

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 sinuscopie +/- 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				
Unilatéral.....	D	681	804	14

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 excrèse d'excroissance bénigne.....	D	691	154	6
Avec injection dans une corde vocale.....	D	692	154	6
Microlaryngoscopie, en supplément du tarif de laryngoscopie		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 de tumeur y compris par laser ou par cryothérapie, en supplément	731	54	UD
Échographie endobronchique – EBUS	8156	148	6
Biopsie ou ponction à l'aiguille fine, en supplément	8157	77	UD

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8157 s'ajoute au code de service 8156 – Échographie endobronchique uniquement.*

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				

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
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

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-caveD	737	850	10	
Spléno-rénale				
ProximaleD	738	850	10	
DistaleD	2510	900	10	
Mésentérico-cave +/- greffe.....D	739	850	10	
Résection de fistule ou anévrisme				
artérioveineux +/- greffeD	740	CS	10	
Création de fistule artérioveineuse.....D	741	277	8	
Révision, inversion ou fermeture de fistule				
artérioveineuseD	783	114	8	
Insertion ou enlèvement d'un pontage				
veineux/péritonéal (Denver)D	840	254	8	
Suture				
Déblocage d'une dérivationD	2511	75	6	
Ligature				
Veine jugulaire, interneD	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 poplitéeD	745	115	6	
Veines saphènesC	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 jambeD	749	92	6	
Ligature, saphène interne, crosse de				
la saphène interne – une jambeD	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 externeD	753	77	6	
Saphènes interne et externe – une jambeD	754	192	6	
Avec basse ligature étagéeD	2178	231	6	

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Haute ligature – bilatérale avec tringlage	D	755	231	6
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, en 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				
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-embolctomie de vaisseaux dans la même région ou par la même incision).

Ablation du glomus carotidien – unilatérale.....D	2521	150	10	
Tumeur du corps carotidienD	794	462	15	
Endartériectomie carotidienneD	1973	700	15	
Anévrisme carotidien – reconstruction ou excision avec greffeD	2523	462	15	
Reconstruction de la crosse aortique – innominée, sous-clavière et/ou vertébraleD	2525	539	15	
Par thoracotomie, en supplément.....	2526	139	UD	
Avec rupture, en supplément.....	798	165	UD	
Anévrisme d'artère sous-clavière – reconstruction ou excision avec greffeD	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 temporaireD	2528	1066	CS	
Avec rupture (thoracique), en supplément.....	846	165	UD	

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 846 s'ajoutent aux codes de services 773, 774 ou 2528 uniquement.**

Anévrisme thoraco-abdominal.....D	799	CS	CS	
Anévrisme de l'aorte abdominal.....D	775	925	17	
Anévrisme de l'aorte abdominale avec ruptureD	776	1090	20	
Plus implantation d'une branche importante ou reconstruction des artères iliaques.....D	2529	1070	20	
Plus implantation d'une branche importante ou reconstruction des artères iliaques avec ruptureD	8932	1235	20	
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 greffeD	777	385	12	
Réparation de l'artère mésentérique ou cœliaque –				

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
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/pédiex	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, en supplément.....		8089	100	UD
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.
- 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		8086	60	UD
Mesure du flux coronaire résiduel dérivée de la pression, en supplément		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		1867	67	UD
Pontage mammaire interne (sous-clavière), en supplément.....	B	1868	67	UD
Angiographie sauf coronarographie, toutes injections, en supplément		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		1872	40	UD

Évaluation des changements de la résistance vasculaire pulmonaire (toutes substances), en supplément		1873	55	UD
Test à l'ergonovine, en supplément		1874	85	UD
Études : dosage de Fick, courbes de dilution, études métaboliques, oxymétrie, analyses isotopiques, etc., par série, en supplément.....		1875	29	UD
Aortographie, aorte ascendante (pour états pathologiques de l'aorte), en supplément		1876	48	UD
Biopsie endomyocardique percutanée, en supplément		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

Veillez-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 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 auriculaireD	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.....	815	176	UD
Insertion d'endoprothèses coronaires, en supplément.....	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.....	8086	60	UD
Mesure du flux coronaire résiduel dérivée de la pression, en supplément.....	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
Fermeture percutanée de communication interauriculaire/ foramen ovale perméable.....D	9153	877	20

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9153 est un tarif tout inclus. Aucun autre code de service ne peut être facturé avec celui-ci.

Section 4 : Chirurgie cardiaque**4.1 Chirurgie endoscopique**

Pontage aortocoronarien (PAC).....D	9210	527	20
Valve aortique.....D	9211	527	45
Valve mitrale.....D	9212	527	45

☞ *Note de l'Assurance-maladie : S'applique aux interventions chirurgicales effectuées sans sternotomie standard. Une autre incision est nécessaire et implique une thoracotomie pour le PAC, une thoracotomie pour une chirurgie de la valve aortique ou mitrale. Ces codes de service comprennent la récolte de segments de veine ou d'artère pour le PAC.*

4.2 Oxygénation extracorporelle par membrane

Amorçage du système.....D	9213	132	
Pose de cannules (ouverte ou percutanée).....D	9214	533	20
Décanulation de l'ECMO.....D	9231	289	20

☞ *Medicare Note: Le code de service 9214 inclus le code de service 9213.*

4.3 Implantation d'un autre système d'assistance cardiaque pour l'assistance circulatoire mécanique

Temporaire

Côté gauche.....D	9215	1207	45
Côté droit.....D	9216	1207	45

Permanent

Côté gauche ou droit.....D	9217	2610	45
Retrait du dispositif d'assistance.....D	9218	899	45

4.4 Complication mécanique d'un infarctus aigu du myocarde

Défaut septal ventriculaire.....D	9219	1464	45
Rupture cardiaque ou lacération.....D	9220	960	45

4.5 Interventions chirurgicales combinées





Remplacement d'une valve aortique et PAC

Un vaisseau.....D	9221	1477	45
Deux vaisseaux.....D	9222	1655	45
Chaque greffon supplémentaire.....	9223	165	UD

Remplacement d'une valve mitrale et PAC

Un vaisseau.....D	9224	1473	45
Deux vaisseaux.....D	9225	1653	45
Chaque greffon supplémentaire.....	9226	165	UD

Endartériectomie coronarienne.....D	8030	783	45
Au cours de réparation d'artère coronaire, en supplément.....	8031	189	UD

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Pontage ou réparation d'une artère coronaireD		8032	915	45
DeuxD		8033	1145	45
Chaque artère supplémentaire		8034	165	UD
Utilisation de l'artère mammaire interne pour pontage, en supplément		8035	171	UD
4.6 Chirurgie de révision				
Révision impliquant des procédures antérieures à cœur ouvert avec pompe				
À la suite d'une thoracotomie, en supplément		9227	197	UD
À la suite d'une sténotomie, en supplément.....		9228	296	UD
 <i>Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9227 et 9228 sont facturables pour les ré-opérations au-delà de 30 jours.</i>				
4.7 Gestion d'un pontage cardiopulmonaire et chirurgie cardiaque				
Remplacement de la racine aortique avec préservation de valve.....D		9229	2979	45
 <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 9229, un remplacement de la racine aortique avec préservation de valve doit comprendre le remplacement de la racine, la réparation de la valve aortique et la réimplantation des artères coronaires principales.</i>				
4.8 Actes généraux				
Dérivation avec pompe et/ou stabilisation cardiaque mécanique, y compris mise en place et exérèse de la canule et supervision, en supplément.....		8000	310	UD
Nouvelle intervention avec dérivation et/ou stabilisation cardiaque mécanique plus d'un mois après la première, en supplément.....		8001	548	UD
Arrêt circulatoire par recours à l'hypothermie profonde, en supplément.....		9230	372	UD
 <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour le code de service 9230, le corps du patient doit être maintenu à moins de 28 degrés Celsius afin de permettre un arrêt circulatoire complet d'au moins cinq minutes (aucune circulation au cours de cette période).</i>				
 <i>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.</i>				
Circulation assistée, p. ex. ballon intra-aortique (comprend les soins journaliers et la supervision), insertion chirurgicale, décanulation non comprise		8002	295	15
Percutanée : voir Interventions cardiologiques				
Exérèse ouverte (y compris réparation de l'artère)				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.				
4.9 Incision et/ou excision				
Massage cardiaque – à cœur ouvert, en supplément du tarif de chirurgie154		UD		8005
Fermeture du sternumD		820	154	10
Péricardectomie				
Un côté ouvert.....D		8006	476	20
Deux côtés ouverts ou sternotomie médianeD		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 ventriculaireD				
		8012	892	45
Anévrisme ventriculaire.....D		8013	845	45
Anévrisme du sinus de Valsalva.....D		8014	845	45
Excision de cicatrice endocardique importante, en supplément de la ventriculotomie ou réfection d'anévrisme				
		8015	123	UD
Ligature ou section du canal artériel				
Moins de 16 ansD		8016	520	20
Adulte.....D		8017	684	20
Fermeture d'artères bronchiques collatérales (une ou plus)				
Acte isoléD		8018	684	20
En conjonction avec un autre acte chirurgical cardiaque, en supplément.....		8019	171	UD
Exérèse d'une coarctation de l'aorte				
Moins de 16 ansD		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 <i>ostium secundum</i>D		8024	684	45
Avec retour pulmonaire veineux anormal.....D		8025	771	45
Anomalie des coussins endocardiques et de valvule.....D				
		8026	1018	45

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Fermeture de communication(s) interventriculaire(s)D		8027	927	45
Cardectomie, intervention chez le donneurD		8028	415	20
Prélèvement en bloc cœur-poumonD		8029	531	20
4.10 Réparation				
Réparation complète de tétralogie de FallotD		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 baseD		8039	879	45
Switch artériel pour transpositionD		8040	1318	45
Canal atrio-ventriculaire communD		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 aortiqueD		8046	1157	45
Fenêtre aorto-pulmonaire.....D		8047	737	45
Canal ventriculaire avec valvule et greffe tubulaireD		8048	832	45
Décercelage et plastie de l'artère pulmonaire.....D		8049	546	20
Cerclage de l'artère pulmonaire.....D		8050	737	20
Réparation de cor triatriatumD		8051	737	45
Anneau vasculaire.....D		8052	546	20
4.11 Valvules				
Valvulotomie pulmonaireD		8053	828	45
Valvulotomie pulmonaire et résection infundibulaireD		8054	933	45
Remplacement de valvule pulmonaire.....D		8055	933	45
Valvulotomie tricuspидienne.....D		8056	882	45
Annuloplastie tricuspидienneD		8057	782	45
Remplacement de valvule tricuspидienneD		8058	933	45
Valvulotomie mitraleD		8059	805	45
Valvulotomie mitrale – sténose récidivante.....D		8060	871	45
Annuloplastie mitrale.....D		8061	871	45
Remplacement de valvule mitrale.....D		8062	1015	45
Valvuloplastie mitrale.....D		8063	968	45
Valvuloplastie aortiqueD		8064	871	45
Valvulotomie aortiqueD		8065	849	45
Résection de l'infundibulum aortique (ventriculomyotomie)D		8066	969	45
Remplacement de valvule aortique.....D		8067	1019	45
Implantation Transcathéter de valvule aortique - chirurgie cardiaque.....D		8130	1019	45
Aortoplastie partielle avec péricarde ou greffe, en supplément.....		8068	171	UD

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Annuloplastie aortique (reconstruction et agrandissement de l'anneau aortique), en supplément		8069	270	UD
Remplacement de valvule aortique et de l'aorte ascendante avec réimplantation des artères coronariennes (intervention de Bentall modifiée).....D		8070	1889	45

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.

Section 1 : Rate et moelle

Incision				
Ponction de la rate – pour biopsie.....A	1954	46		
Pour injection de substance de contrasteA	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	

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	
LymphangiographieB	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 inguinauxD	875	231	6	
Évidement radical des ganglions axillaires.....D	876	350	6	
Évidement radical des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaquesD	877	339	6	
Évidement radical des ganglions inguinaux et iliaques, bilatéralD	878	508	6	
Évidement radical des ganglions rétropéritonéauxD	2019	508	8	
Biopsie – ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux.....B	879	66	6	
ScalèneB	880	92	6	
Biopsie des ganglions sentinelles				
Intervention isolée.....D	843	350	6	
Avec une autre intervention - en supplément	844	200	UD	

 *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de services 843 et 844 ne peuvent être facturés en supplément avec le code de service 409.*

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				
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				
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		

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Plus évidemment 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 évidemment 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 évidemment cervical radical	D	908	593	14
Glossectomie totale	D	909	305	8
Plus évidemment 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

	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 évidemment 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 thyroïdienne	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

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 supérieures par endoscopie, pour le traitement de l'achalasia	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.**

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Endoscopie (voir aussi chapitre 2 , règles d'évaluation 32 et 33)				
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-expansibles				
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 endoscopique du diverticule par myotomie du faisceau cricopharyngien, par endoscopie				
	D	8120	250	6
Ablation par radiofréquence pour l'œsophage de Barrett – dysplasie – traitements Halo 360 et Halo 90 ..				
	D	8625	250	
Mucosectomie endoscopique d'une lésion œsophagienne.....				
	D	8626	153	
Résection de l'œsophage, incluant reconstruction				
1 ^{er} chirurgien	D	1784	900	15
2 ^e 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Œsophagoplastie (réparation de rétrécissement)	D	969	508	13
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.....		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.....		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 gastroduodéalD	2181	508	7
Gastrectomie totaleD	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 nonD	2182	593	7
Un des actes ci-dessus plus vagotomie, en supplémentD	2553	127	UD
Un des actes ci-dessus plus cholécystectomie, en supplémentD	1006	170	UD
Plus cholécystectomie et cholangiographie, en supplémentD	2550	204	UD
Plus cholédochoscopie, en supplément.....D	2551	60	UD
Plus cholécystectomie et exploration du cholédoque, en supplémentD	2552	204	UD
Ainsi que cholangiographie, en supplément ..	1032	233	UD

Endoscopie

Tube digestif supérieur +/- biopsieB	964	97	6
Extraction de corps étranger par gastroscopieD	1007	154	6

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Exclut la visualisation de l'intestin grêle avec rallonge de gastroscopie.**

Entéroscopie rétrograde par stomieB	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 <u>CHAPITRE 12 : Section 9</u>) Endoscopie par capsule.....C	8145	311	
----------------------------------------------------------------------------------------	------	-----	--

Réparation

PyloroplastieD	1009	305	7
Plus vagotomie.....D	1010	424	7
Vagotomie bilatérale – après chirurgie gastrique antérieure pour ulcère gastroduodéalD	1977	254	7
Gastroduodénostomie, gastro-jéjunostomie ou gastro-gastrostomieD	1011	305	7
Plus vagotomie.....D	1012	424	7
Pyloroplastie ou gastro-entérostomie avec vagotomie et correction de hernie hiataleD	1013	508	7

Un des actes ci-dessus plus cholécystectomie, en supplément	1014	170	UD
Suture			
Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe.....D	1015	204	6
Fermeture d'ulcère perforé ou plaie de l'estomacD	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, en 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 d'autres interventions abdominales, en supplément ..	2987	75	UD
Première étape de l'opération de Mikulicz.....D	1022	426	6
Colostomie.....D	1023	355	6

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
Réséction 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				
1 ^{er} chirurgien.....	D	1039	850	10
2 ^e 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		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
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 adhérencesD	1054	407	6
Manipulation			
Dilatation d'entérostomie, colostomie, etc.			
Avec anesthésie.....C	1055	31	6
Sans anesthésie.....		VF	
Intubation de l'intestin grêleB	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 ballonnetB	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

AppendicectomieD	1062	300	6
------------------------	------	-----	---

Section 13 : Rectum

Incision

Proctotomie – avec explorationD	1064	92	6
Avec décompression (imperforation anale).....D	1065	92	6
Avec drainage (abcès périrectal).....D	1066	92	6
Abcès pelvien – drainageD	1067	127	6

Manipulation

Manométrie anorectale.....B	1073	38	
-----------------------------	------	----	--

Excision

Proctectomie – résection antérieure du rectum.....D	1068	725	7
Proctectomie, sac pelvien.....D	802	939	8
Résection périnéale du rectumD	1069	407	7
Résection abdomino-périnéale plus colostomie			
Équipe simple.....D	1070	850	10

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Équipe double				
1 ^{er} chirurgien.....D		1071	800	10
2 ^e 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 villositaire 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
Suture du rectum				
Par voie externe.....D		1089	204	6
Par voie intrapéritonéale.....D		1090	339	7
Fermeture de fistule				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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.....				
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
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 – exploratrice.....	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
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Plus gastro-entérostomie.....D		2565	508	7
Cholécysto-gastrostomie.....D		1133	305	7
Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho- entérostomie.....D		1134	508	7
Exploration du cholédoqueD		1135	407	7
Avec duodénotomie, sphinctérotomieD		1136	508	7
Plus sphinctéroplastie, en supplément		2566	58	UD
Plus pancréatographie, en supplément.....		2567	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique, en supplément		2568	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique, en supplément.....		2569	250	UD
Biopsie pancréatique ouverte, en supplément.....B		2988	58	UD
Excision				
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.....		2570	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique, en supplément.....		2571	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique, en supplément		2572	250	UD
Excision de résidu de la vésicule biliaire ou d'un canal cystique.....D				
Plus cholangiographie, en supplément.....		2573	370	7
Avec exploration du cholédoque et cholangiographie.....D		2574	58	UD
Cholédochoscopie associée à une chirurgie des voies biliaires, en supplément.....		2575	539	7
Toute chirurgie des voies biliaires plus réparation de hernie hiatale, en supplément.....		1138	60	UD
		2576	193	UD
Réparation				
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'endométrie (en supplément a 1169).....		8083	40	
Lasérothérapie par laparoscopie				
Y compris la première ½ heure.....	D	2975	169	6
Chaque ¼ d'heure additionnel		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 tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	D	8090	50	6
Excision				
Tumeur desmoïde, selon l'étendue	D	1163	CS	6
Omentectomie (liée au cancer) avec chirurgie majeure, en supplément		2991	96	UD
Omphactomie plastique	D	1164	92	6
Lipectomie, ablation de pannicule	D	1165	693	10

☞ *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](#).*

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 préopéritonéal pour réparation d’hernie				
inguinale.....D		2582	254	6
Hernie ombilicale				
Adulte.....D		1178	254	6
Enfant.....D		1179	169	6
Entérocele – 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

 **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.**

Chapitre 12 : Appareil digestif

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Hernie épigastriqueD		1186	185	6
Étranglement ou incarceration herniaire				
Sans résection.....D		1187	339	6
Avec résection.....D		1188	500	6
Suture				
Fermeture secondaire pour éviscérationD		1189	154	6

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 fineB	1754	31	6
Ponction			
Biopsie chirurgicale.....D	1192	185	6
Thyroïdectomie			
Thyroïdectomie totale bilatéraleD	1193	550	8
Lobectomie totale.....D	1194	400	8
Isthmectomie/Lobectomie partielleD	1196	305	8
Si l'un des actes suivants est accompagné de l'un des actes 1193, 1194 ou 1196, en supplément :			
Évidement ganglionnaire localisé			
Unilatéral.....	1198	101	UD
Bilatéral.....	1199	204	UD
Évidement cervical radical unilatéral.....D	1200	296	14

Section 2 : Parathyroïde, thymus et glandes surrénales

Excision			
Parathyroïdectomie pour hyperplasieD	1201	500	10
Tumeur de parathyroïde.....D	1202	438	10
Si une sternotomie médiane s'impose.....D	1203	508	12
ThymectomieD	1204	508	12
Exploration surrénale unilatéraleD	1205	254	10
Tumeur surrénale fonctionnelle (phéochromocytome)....D	1223	308	17
Surrénalectomie unilatéraleD	1206	900	10
Laparoscopique.....D	8613	900	10
Marsupialisation de kyste rénal par laparoscopieD	8094	545	7

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 bassin 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
Néthropexie, en supplément.....		1236	231	UD
Hypothermie rénale, en supplément		1239	38	UD

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

Néphrectomie

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

Néphro-uretrectomie avec résection de la jonction

urétéro-vésicale	D	1233	609	10
Laparoscopique	D	8611	609	10

Surrénalectomie unilatérale	D	1206	900	10
Laparoscopique	D	8613	900	10
Lymphadénectomie régionale (ganglions lymphatiques paracaves ou para-aortiques ou ganglions lymphatiques pelviens), en supplément		8622	343	UD
Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8622 s'ajoute seulement aux codes de service 1231, 1233, 8610, 8611 ou 8613..				
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.				
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
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, veuillez, lors de la facturation d'actes, sélectionner un modificateur de service droit ou gauche.				
Bassinets 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		1215	135	UD

Extraction endoscopique de calculs rénale 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, 1248, 1257, 1260, 1262, 1268, 1272, 1273, 1274, 1275, 1278, 2121 et 8612 uniquement.*

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

Section 3 : Vessie

Cystoscopie

Cystoscopie diagnostique/thérapeutiqueB 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 2 jours ou, si elle est effectuée le jour de l'opération, à 75 % du tarif prévu.*

☞ *Note de l'assurance-maladie: Ne peut pas être facturer pour confirmer le succès de la chirurgie ou vérifier pour des blessures iatrogéniques. Il peut être facturé en plus de la chirurgie gynécologique dans les conditions suivantes; mise en scène chirurgicale, planification chirurgicale, enquête sur une pathologie préexistante présumée et étude de pathologie peropératoire spécifique ou s'il y a des soupçons d'un processus dans la vessie non lié à la chirurgie effectuée.*

Résection endoscopique de tumeur de vessie

UniqueD 1274 238 6

MultipleD 1275 339 6

Litholapaxie et extraction de fragments.....D 1280 185 6

Insertion de moule ou cathéter urétéralD 1753 231 6

BCG/chimiothérapie de la vessie par cathéter avec drainage
et enlèvementC 8099 55 6

Neurostimulateur rachidien pour dysfonction vésicale

première étapeD 8076 318 8

deuxième étapeD 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

CystométrogrammeB 2077 23 46

ÉlectromyographieB 2078 23 46

Chapitre 14 : Actes de chirurgie urologique

Liste Code Unités Unités
Gen An

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
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 dilateurs.....	D	1311	185	6
Interne, avec système de vision endoscopique.....	D	2862	185	6
Réparation de l'urètre (c.-à-d. Optilum).....	D	8800	346	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

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1266 – Cystoscopie diagnostique/thérapeutique n'est pas payable en plus du code de service 8800.*

Excision				
Lésion urétrale.....	C	1316	54	6
Rétrécissement				
En une étape, avec dérivation.....	D	1321	277	6
En deux étapes				
Première étape.....	D	1322	139	6
Deuxième étape.....	D	1323	277	6
Diverticulectomie – homme ou femme.....	D	1324	400	6
Valve de l'urètre postérieur.....	C	1325	252	6
Urétréctomie totale.....	D	1985	308	6
Réparation				
Implantation de sphincter urinaire artificiel/suspension pour homme.....	D	1207	500	6
Enlèvement de bandelette de suspension pour homme.....	D	8096	330	6
Ajustement de bandelette de suspension pour homme.....	D	8097	100	6
Suspension uréthro-vésicale pour incontinence d'effort.....	D	1329	277	6
Suspension vésicale par laparoscopie.....	D	8341	356	6
Suspension par bandelette aponévrotique.....	D	8600	550	6
Bandelette sous-urétrale artificielle – femmes seulement.....	D	8251	408	6
Urétroplastie.....	D	1987	CS	6
Type johanson - chaque étape.....	D	2298	310	6
Uréthoplastie cutanée en un temps.....	D	1729	700	6
Injections de substance thérapeutique pour la correction de l'incontinence ou du reflux vésico-urétéral (RVU) par endoscopie.....	D	836	225	6
Rupture – urètre antérieur.....	D	1331	185	6
Urètre postérieur				
Réparation endoscopique.....	D	1332	323	6
Réparation ouverte.....	D	1333	462	6

CHAPITRE 15 : APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

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

Section 1 : Pénis

Incision

Scission du prépuce

Nouveau-né.....	C	1340	8	
Nourrisson ou enfant de moins de 12 ans.....	C	1341	8	6
Adulte.....	C	1342	15	6
Réduction de paraphimosis et/ou incision dorsale.....	C	2084	38	6

Excision

Circuncision – 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 uréthro-cutanée.....	D	1355	254	6
Priapisme, dérivation vasculaire.....	D	1988	231	6
Prothèse pénienne pour impuissance.....	D	2347	154	6

Prothèse pénienne gonflable

Insertion ou réinsertion.....	D	8339	340	6
Enlèvement.....	D	8340	255	6

Correction chirurgicale de la maladie de La Peyronie.....	D	8602	350	6
Excision de plaque (La Peyronie), en supplément.....		8601	194	UD

Traitement chirurgical de la fracture du pénis (incluant

l'exploration sous anesthésie générale avec ou sans
réparation de l'albuginée).....D 8138 350 6

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

Section 2 : Testicules

Excision

Orchidectomie - unilatéraleD 1357 139 6
 Radicale pour tumeur maligne (ablation complète du
 cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne).....D 2348 250 6
 Biopsie - seulB 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
 réparationD 1361 139 6
 Rupture du testiculeD 1362 139 6
 Prothèse testiculaireD 2349 123 6

Section 3 : Épididyme

Excision

SpermatocèleD 1364 139 6
 Épididymectomie unilatérale.....D 1365 139 6

Section 4 : Tunique vaginale

Excision

Hydrocèle unilatéraleD 1367 139 6
 Aspiration.....C 1368 8

Section 5 : Scrotum

Incision

Abcès ou hématocèle.....C 1369 38 6
 Exploration unilatéraleD 1370 92 6

Suture

Traumatisme, lacération – selon l'étendue et les complications
 (voir lacérations, système tégumentaire)D 1371 CS 6

Section 6 : Canal déférent

Réparation

Anastomose unilatérale	D	1373	130	6
Incluant biopsie et vasographie	D	1374	177	6
Vasectomie (spécialiste en urologie uniquement et urologie non agréées)	C	9152	132	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.				
Résection/ablation transurétrale.....	D	1394	427	6
Résection/incision du col vésical				
Enfant	D	1397	153	6
Adulte	D	1397	254	6

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), en supplément 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), en supplément 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
CésariennesD	1404	471	8
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale (spéc. obs./gyn. uniquement et obs./gyn. non agréées)....D	8702	660	10
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale.....D	1405	600	10
Dispositif de compression intra-utérin et/ou sutures de compression, en supplément.....	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, en supplément..	1413	226	UD
Réparation de déchirures périnéales, cervicales ou vaginales			

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(pendant l'accouchement) – consultation et acteD		1407	250	7
Extraction du placenta en cas de rétention – consultation et acte..D		1408	250	7
Réparation d'une inversion utérine				
Chirurgicale.....D		1478	277	6
ManuelleD		1479	115	6
Induction mécanique ou médicale du travail – consultation et acte, une ou plusieurs tentatives.....C		1409	130	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 plusD		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 subséquentsB		2953	50	
Insertion d'un cathéter de pression intra-utérine.....B		1811	50	
Épreuve de déclenchement à l'ocytocine.....A		2350	23	

Section 3 : Vulve

Incision				
HyménectomieC		1416	38	6
Abcès de la vulve, de la glande de Bartholin ou de Skene Incision et drainage et/ou insertion d'un cathéter de WordC		1419	38	6
Marsupialisation (sous anesthésie locale ou générale) ou cautérisationD		1420	100	6
Excision				
Destruction superficielle au laser de lésions de la vulve Vulvectomie				
SimpleD		1421	185	6
Radicale				

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Sans évidement ganglionnaire inguinal.....D (gyn.-oncologie uniquement)		1422	269	6
Avec évidement ganglionnaire inguinal.....D (gyn.-oncologie uniquement)		1423	462	6
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, en supplément.....		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, en supplément.....		1818	110	UD
Évidement des ganglions lymphatiques aortiques (acte isolé).....D		9011	110	UD
Biopsie épiploïque / omentectomie partielle, en supplément		9021	50	UD
Omentectomie (infracolique ou supracolique), en supplément		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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Autre				
Cytoréduction (chirurgie d'intervalle) pour le carcinome de l'ovaire (acte isolé).....D		2954	400	7
Trachélectomie.....D		1463	200	6
Prolapsus				
Réparation antérieure ou postérieure (inclut la périnéorraphie) ou réparation entéroccèleD		9023	174	6
Deux actes différents de réparation antérieure ou de réparation postérieure (inclut la périnéorraphie) ou réparation entéroccèle.....D		9024	300	6
Trois actes différents – Réparation antérieure, réparation Postérieure (inclut la périnéorraphie), et réparation entéroccèleD		9025	348	6
Réparation antérieure ou postérieure avec filet chirurgical, en supplément		8173	200	UD
Périnéorraphie / dégagement périnéal.....D		1435	102	6
Culdoplastie de McCall, en supplément		8177	60	UD
Colpocléisis (LeFort).....D		1436	304	6
<p>☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8173 est un ajout uniquement aux codes de prolapsus suivants : 9023, 9024 et 9025.</i></p> <p>☞ <i>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).</i></p>				
Suspension utérine / suspension du dôme vaginal				
Suspension utéro-sacrée élevée / suspension utérine.....D		1473	200	6
Sacrocolpopexie abdominale (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle)D		2973	450	7
Sacrocolpopexie laparoscopique (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle)D		9026	500	7
Fixation sacro-vertébrale vaginale (inclut AR ou PR/ périnéorraphie et ER).....D		8176	450	6
Urogynécologie				
Colposuspension de Burch, MMK, réparation paravaginale		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 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: Ne peut pas être facturer pour confirmer le succès de la chirurgie ou vérifier pour des blessures iatrogéniques. Il peut être facturé en plus de la chirurgie gynécologique dans les conditions suivantes; mise en scène chirurgicale, planification chirurgicale, enquête sur une pathologie préexistante présumée et étude de pathologie peropératoire spécifique ou s'il y a des soupçons d'un processus dans la vessie non lié à la chirurgie effectuée.*

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'aiguilleC 1427 70 6
Excision locale d'un kysteD 1428 108 6
Réparation du sphincter anal (inclut
la réparation rectocèle et la périnéorrhaphie).....D 1434 277 6

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

Résection de la cloison vaginale.....D 1438 139 6
Fermeture de fistule
vésico-vaginaleD 1439 308 6
rectovaginaleD 1440 308 6
urétérovaginale.....D 1441 370 6
Hématome – (vulvaire ou vaginal)
Anesthésie localeC 362 20
Anesthésie généraleC 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 FallopeD		1449	200	6
Insufflation tubulaire.....C		1469	31	6

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

Section 7 : Ovaires

Excision

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

Section 8 : Utérus et col utérin

Myomectomie (abdominale).....D		1454	339	6
Résection de la cloison utérineD		1461	308	6
Polype cervical, sans D et CB		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

☞ *Note de l'Assurance-maladie : 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.*

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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), en supplément		1803	38	UD

☞ *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.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie Le code de service 1470 correspond aux interventions effectuées au moyen d'une curette d'aspiration (Pipelle ou Explora), avec ou sans dilatation, pour obtenir une biopsie histologique de l'endomètre ou prélever un échantillon menstruel utérin aux fins d'analyses microscopiques ou de cultures.*

Le code de service 1453 nécessite généralement un certain degré de dilatation et consiste à cureter la circonférence de l'endomètre de manière systématique dans le but de prélever un échantillon plus important et plus représentatif que lors d'une biopsie endométriale avec dispositif d'aspiration.

Les deux codes ci-dessus (1470 et 1453) ne s'appliquent qu'aux biopsies intra-utérines.

Toutes les biopsies du col de l'utérus doivent être facturées à l'aide du code de service 1482.

Le code de service 1482 correspond à une biopsie du col, exocol ou endocol (p. ex. punch biopsie cervicale, curette de Kevorkian à biopsie endocervicale).

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

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

Colposcopie			
Investigation de cytologie anormale par technique colposcopique incluant biopsies et curetage	B	2420	48
Conisation du col au laser incluant colposcopie ou			

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
excision électrochirurgicale par anse du col de l'utérus le même jour.....B		2930	113	6
Dans les 30 jours suivant une colposcopie ou conisationB		2931	77	6

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

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

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

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

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

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	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
Complicquée	D	387	CS	6
Trous pratiqués à l'aide d'une fraise pour l'évacuation d'un hématome ou d'une tumeur/un abcès (biopsie/aspiration)	D	9035	211	7
Artériotomie ou biopsie de l'artère temporale	B	767	54	6

Section 3 : Traumatismes crâniens

Crâne

Traitement chirurgical

Fracture simple – dure-mère intacte.....D	1517	231	15
Dure-mère lacérée.....D	1518	385	15
Lésions cérébrales graves.....D	1519	462	15
Fracture ouverte avec enfoncement – dure-mère intacte D	1520	308	15
Dure-mère lacérée.....D	1521	462	15
Lésion des sinus ou lésions cérébrales graves (corps étranger, hématome, etc.).....D	1522	550	15
Craniectomie décompressive			
Sous-temporale.....D	1523	308	15
Sous-occipitale.....D	1524	462	15
Craniotomie pour décompression orbitaire.....D	1527	539	15
Cranioplastie.....D	1528	462	15

Méninges, traitement chirurgical de l'hématome
extradural, ou de l'hématome sous-dural, hygroma,
épanchement – extradural.....D

1529 616 11

Sous-dural

Avec trous pratiqués à l'aide d'une fraiseD	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,

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
lobectomie, abcèsD		1551	769	15
Pour lésion vasculaire (anévrisme, malformation artérioveineuse, fistule).....D		9038	692	15
Réparation crânienne de l'écoulement du liquide céphalorachidienD		1758	850	15
Pour une biopsie du cerveau.....D		1556	616	15
Ostéotomie orbito-zygomatique, en supplément		9039	110	UD
Clinoïdectomie				
partielle, en supplément		9040	35	UD
complète, en supplément.....		9041	110	UD
Apicectomie				
partielle, en supplément		9042	35	UD
complète, en supplément		9043	110	UD
Biopsie stéréotaxique de tumeurs, d'abcès ou autres lésions D		1837	450	15
Craniotomie du patient éveillé avec cartographie corticale pour tumeur cérébraleD		8750	1700	15
Voie d'abord endoscopique				
Résection par voie endonasale transphénoïdale de				
Tumeur de l'hypophyseD		9044	1160	15
Lésion médiane/paramédiane.....D		9045	984	15
Réparation de l'écoulement du liquide céphalorachidienD		9046	467	15
Ventriculostomie.....D		9047	297	15
Fenestration de kystes.....D		9048	297	15
Craniotomie en trou de serrure (à effraction minimale)D		9049	769	15
👉 Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9046 ne peut pas être facturé en ajout au code de service 9044 si une réparation est effectuée par une suture ou une greffe durale uniquement. Cela peut, toutefois, être facturé à 50 % dans les cas suivants :				
1. Il faut prélever du tissu pour la réparation.				
2. Il faut effectuer un transfert de tissu adjacent ou un réarrangement (c.-à-d. plastie en Z, plastie en W, rotation de lambeau, double lambeau pédiculé).				
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
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, en supplément		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
Excision de myéломéningocèle 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 profondeurD	1563	616	15
LobotomieD	1565	231	15

Section 10: Colonne vertébrale

Préambule :

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

Antérieur

Décompression antérieure

Cervicale

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

Thoracique et/ou lombaire

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

Arthrodèse antérieure

Cervicale

Fusion sans instrumentation, 1 niveau.....D	9079	252	11
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD	9080	612	11
Fusion avec instrumentation, 1 niveau (plaques/vis)....D	9081	450	11
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveauD	9082	941	12
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveauD	9083	788	12

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Fixation antérieure de l'odontoïde.....D		9084	559	14
Thoracique et/ou lombaire				
Fusion sans instrumentation, 1 niveau.....D		9085	389	9
Fusion sans instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau.....D		9086	612	12
Fusion avec instrumentation, 1 niveau.....D		9087	579	12
Fusion avec instrumentation, incluant corpectomie, 1 niveau.....D		9088	941	13
Insertion de disque cervical artificiel, 1 niveau.....D		9089	792	13
Antérieur, codes groupés				
Discectomie cervicale antérieure et fusion.....D		9090	788	13
Décompression thoracique ou lombaire antérieure et fusion intersomatique (1 niveau).....D		9091	780	13
<i>👉 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).</i>				
Corpectomie antérieure et fusion avec cage et fixationD		9092	941	14
Postérieur				
Décompression postérieure				
Cervicale et/ou thoracique				
1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique).....D		9093	274	11
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique).....D		9094	379	11
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		9095	382	11
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D		9096	487	11
Lombaire				
1 niveau, unilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du dispositif de fusion intersomatique).....D		9097	274	8
1 niveau, bilatérale (pour le traitement de la compression nerveuse, pas seulement pour l'accès et l'insertion du				

dispositif de fusion intersomatique)D	9098	379	8
1 niveau, unilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D	9099	382	8
1 niveau, bilatérale avec excision du disque, partielle ou complète (acte isolé).....D	9100	487	8
Autres			
Ostéotomie de soustraction pédiculaire (Résection des éléments postérieurs, du pédicule et du corps vertébral pour faciliter le réalignement sagittal. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), en 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, en supplément.....	9102	311	UD
Vertèbrectomie (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.), en 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	9105	621	13
Fusion avec instrumentation, incluant l'occiput, en supplément.....	9106	305	UD
Fusion avec instrumentation, incluant l'ilium, en supplément.....	9107	64	UD
Instrumentation intersomatique placée par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure)	9108	579	13
Mise en place d'un dispositif interépineux, sans fusion, 1 niveau	9109	283	13
Arthrodèse de révision qui intègre le niveau de la chirurgie d'origine, en supplément.....	9110	+35%	UD
Décompression et discectomie de révision qui intègrent le niveau de la chirurgie d'origine, en 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 niveauD	9112	172	8
Kyphoplastie (application du ballonnet tampon, injection de matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveauD	9113	259	9
Laminoplastie, 1 niveau, incluant l'instrumentation, la décompression (technique porte ouverte ou double porte)D	9114	582	13
Instrumentation cervicale, thoracique ou lombaire postérieure sans fusion (exemples : en cas de traumatisme ou d'ajout d'une instrumentation postérieure à une fusion intersomatique lombaire antérieure, oblique ou directe).....D	9115	508	13
Pour les interventions effectuées dans la section « Décompression », chaque niveau supplémentaire, en 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, en 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 instrumentationD	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			

intervertébralD	9122	1121	13
Autres			
Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation cranosquelettiqueD	9123	141	10
Mise en place de la veste de Halo et ajustements, en supplément.....	9124	71	UD
Fracture-luxation, réduction fermée (peut être facturée en plus du code de l'intervention chirurgicale en dépit du moment de l'intervention).....D	9125	126	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, antérieure (acte isolé).....D	9126	153	10
Exérèse de l'instrumentation rachidienne, postérieure (acte isolé).....D	9127	148	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, antérieure (acte isolé).....D	9128	146	10
Biopsie ouverte de la colonne vertébrale, postérieure (acte isolé).....D	9129	113	10
Irrigation/débridement de la blessure médullaire en cas d'infection ou d'hématome, acte isolé.....D	9130	160	10
Réparation d'une fuite de LCR comme acte isolé.....D	9131	240	10

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

Interventions mettant en jeu des éléments neuronaux

Implantation d'une électrode de stimulation de la moelle épinière par laminectomieD	9132	305	9
Implantation ou révision du matériel de stimulation ou des conducteursD	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 aiguë incomplète, en supplément	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 instrumentsD	9139	1000	13
Prélèvement d'une greffe osseuse autologue à partir d'une autre zone, en supplément	9140	250	UD

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

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](#).*

Tarsorrhaphie	D	2195	115	6
Réparation d'ectropion ou entropion Simple, opération de Ziegler.....	C	2267	38	
Raccourcissement 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	
Sondage du canal lacrymal, uni ou bilatéral – anesthésie généraleC	1635	49	6
Abcès du sac lacrymal – incision.....C	1636	38	6
Dacryocystectomie.....D	1637	231	6
DacryocystorhinostomieD	1638	500	6
Excision de glande lacrymaleD	1639	231	6
Intubation du conduit lacrymo-nasalC	1640	54	6
Réparation de canalicule déchiréD	1641	231	6
Conjonctivorhinostomie +/- tubeD	2197	308	6
Réparation de fistuleD	2198	269	6
Opération mineure de point lacrymalC	2199	23	6
Injection pour radiographie.....C	2277	23	

Section 7 : Conjonctive

Injection sous-conjonctivale ou sous la capsule de TenonA	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 conjonctiveB	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 GundersonD	1608	269	6
Lambeau conjonctival en tirant de bourseD	1609	115	6
Greffe libre de la conjonctiveD	1610	77	6
Par muqueuse buccale.....D	1611	115	6
Excision de lésion maligne de la conjonctiveD	2296	154	6
Avec greffe.....D	2297	231	6
Section de symblépharonD	2374	154	6
Extraction de corps étranger sous-conjonctivalC	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 +/- prolapsusD	1621	500	6
Réparation de staphylome.....D	2388	308	6

Section 9 : Cornée

Cautérisation d'ulcère cornéen – chimique, thermique, électrique ou mécaniqueC	1612	15	6
Plaie perforante de la cornée +/- prolapsus de l'irisD	1613	500	6
Paracentèse de l'humeur aqueuseC	1614	38	6
Kératectomie superficielleD	1615	231	6

Kératoplastie lamellaire	D	1616	385	6
Kératoplastie pénétrante.....	D	1617	619	6
Grefte 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
Trabéculéctomie ie : Ex-Press, Tube	D	2469	750	6
MIGS (chirurgie mini-invasive pour glaucome).....	D	8933	400	6

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code MIGS inclurait, mais sans s'y limiter : Gatt, XenGel, Istents, Cypass, Kahook Duoblade, Trabectome.**

Section 11 : Opération intraoculaire

Lasérothérapie autre que la rétine	D	1814	236	6
Ne s'applique pas à la correction réfractive				
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

☞ **Note de l'Assurance-maladie: Le code 2400 ne peut pas être facturée en supplément des 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 trabéculotomie	C	8082	100	

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

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

Incision

Drainage d'abcès ou d'hématome du pavillon ou du conduit auditif externeB	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 externeD	1668	308	6

Endoscopie

Enlèvement de cérumen.....	HV		
Nettoyage microscopique du conduit auditif.....B (chapitre 3, section 1.2.2)	8876	31	6
Otoscopie avec exérèse de corps étranger ou de tubes de myringotomie du conduit auditif externeC	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 mineureD	2276	154	6
Maximum.....		616	
Excision en coin et reconstructionD	2280	115	6
Pavillon surnuméraire – ablationD	2281	75	6

Fistule préauriculaire				
Simple	D	2282	77	6
Complicquée 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
Grefe 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
MyringoplastieD		1695	231	7
Reconstruction des osselets				
Sans myringoplastieD		1696	308	7
Avec myringoplastieD		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 14 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 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 à 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 :
- Difformités de croissance causant une fissure labiale
 - Anomalies de croissance
 - 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.**

☞ *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.*

Grefe unique par glissement.....D	2200	200	6
Avec greffe cutanée libre au défaut résultantD	2201	260	6
Multiple ⁽¹⁾D	2202	320	6
Avec greffe cutanée libre au défaut résultantD	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 donneuseD	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 donneuseD	2209	462	6
Greffes indirectes – en tube et par pontage			
Première étape.....D	2865	277	6
Avec greffe cutanée libreD	2866	393	6
Chaque étape additionnelle.....D	2867	208	6
Avec greffe cutanée libreD	2868	324	6
Grefe 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 lambeauD	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 xéno-greffes et homo-greffes à 50 % du tarif applicable.


D'épaisseur totale

Paupière, nez, lèvres, aréole – traitement complet.....D	2212	231	6
Bout du doigt – traitement completD	2007	77	6
Doigt, plus d'une phalange – traitement completD	2213	154	6


	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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).....		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 périméale/rectale.....	D	2295	308	6
Cavité osseuse importante, jusqu'à 7,5 cm.....	D	580	463	6

2.15 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.**

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 membresC	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 étenduesC	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 supplémentC	319	100	6
Par 5 % additionnel de surface, en supplémentC	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.*

Section 10 : Jouis

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	

Section 12 : Orbites

Grefte 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	
Complicquée ou récidivante	D	2283	154	6

Section 14 : Bouche

Biopsie	B	882	31	6
Excision de lésion simple.....C	883	31	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
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

Section 17 : Sein

Reconstruction après mastectomie				
Insertion immédiate de prothèse, en supplément.....	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	
Matrice dermique acellulaire (MDA)				
Unilatérale, en supplément.....	9154	145		
Bilatérale, en supplément.....	9155	217		

☞ **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9155 n'est pas payable en plus du code de service 9154.**

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'une 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, il doit soumettre la demande par voie électronique avec une lettre d'explication.				
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 assurés**

- 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 à 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.

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 :*

- la résection du parenchyme mammaire;*
- la réduction et le remodelage des lambeaux cutanés mammaires excédentaires;*
- la réduction et le repositionnement latéral de la plaque aréolo-mamelonnaire;*
- 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.

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 uréthro-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

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
Grefte nerveuse.....D	2889	478	6
(greffe filamenteuse, ajouter 50 %)			
(multiples greffes filamenteuses éloignées payables à 75 % du tarif)			
Grefte 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
Grefte 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
Grefte libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé			
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse.....D	1849	766	14

Préparation d'une zone receveuse.....D	1850	810	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire.....D	1851	766	14
Grefe 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
Grefe 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
Grefe 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
Grefe 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
Grefe dermograisseeuse	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

☞ *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	
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 séreuseA	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	
HydrocèleB	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 tuberculiques 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 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 – 1^{er} patient, en supplément .*

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	
SubséquenteB	1929	8	
La première (par une artère)B	1930	38	
SubséquenteB	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 cabinetB	1935	8	

L'interprétation des tracés exécutés à 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.

Surveillance ambulatoire de la tension artérielle,

24 heures sur 24B	8950	25	
-------------------------	------	----	--

Monitoring Holter de 24 h et plus – tarif global

d'interprétation.....B	2952	39	
------------------------	------	----	--

Épreuve d'effort sous-maximal – avec tapis roulant ou

ergomètre et monitoring oscilloscopique continu,

incluant les E.C.G. pris pendant l'acte et les E.C.G.

au repos avant et après l'acteB	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 hypertoniqueB	1937	38	
------------------------------------------------	------	----	--

Épreuve à l'histamine benzodioxine.....B	1938	23	
------------------------------------------	------	----	--

Test de tolérance à l'eauB	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 généraleB	2049	31	
-------------------------------------------------	------	----	--

Fluoroscopie et/ou orthodiagrammeB	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 chirurgien ne pourra facturer une anesthésie locale ou un bloc majeur des nerfs somatiques en proximal du champ opératoire que si les services d'un anesthésiste avaient été par ailleurs nécessaires. L'infiltration d'un anesthésiant local dans le champ opératoire (incluant les nerfs digitaux) et les injections de médicaments à l'intérieur et autour du champ opératoire ne peuvent être facturées en plus des frais chirurgicaux.*

Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin, non intramusculaire.....	B	1948	15	
Traitement à l'iode radioactif	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	
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 chirurgicale ne sera remboursé au chirurgien au taux approprié qu'en l'absence de facture pour des services d'anesthésie. L'anesthésie 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.

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 coéliquaie	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.....		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-dessusB	294	CS	
Bloc nerveux avec cryo-analgésie, en supplémentB	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 aspiration (diagnostique et thérapeutique), première ou subséquente.....B	2592	38	
Abdominale – aspiration pour prélèvement diagnostique	1992	15	
Aspiration thérapeutique, incluant prélèvement diagnostique	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	1996	23	
Plasmaphérèse			
Première	1535	75	
Subséquente, de la 2 ^e à la 5 ^eB	1536	50	
Additionnelle, même année	1537	38	
Études de la fonction pulmonaire			
1. Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation, la mixique et la diffusion	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	
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	B	851	120	
Études sur le sommeil de niveau 3	B	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 : Le nombre maximum est 10 par patient par année pour le code de service 851.*
- ☞ *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).*
- ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum est 4 par patient par médecin par année pour le code de service 852.*
- ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le nombre maximum est 6 par patient par médecin par année pour le code de service 2134.*
- ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 851 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 relative 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 : 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 : Toute demande de remboursement excédentaire doit être présentée sur la base d'une considération spéciale (CS).*

- ☞ *Note de l'Assurance-maladie : Si la SaO2 et le pouls sont les seules variables de surveillance, le code de service 2134 doit être facturé.*

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 duodénumB	8149	184	6
Endosonographie du tractus gastro-intestinal inférieur (sonde non payable en sus)B	8150	100	6
Suppléments pour les endosonographies du tractus gastro-intestinal inférieur et supérieur			
Aspiration à l'aiguille fineB	8151	77	
Dilatation du rétrécissementB	8152	77	
Injection à l'aiguille fine.....B	8153	77	
Drainage du pseudokysteB	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 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 seulementB	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'effortB	2955	20	
Un membre seulementB	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 spectraleB	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 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 périphériqueA 2477 15

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2477 n'est pas payable en supplément 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 intensifsA 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-cutanéB 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 monitoring 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

☞ *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. Une insertion tentée est payée au même taux qu'une installation.*

Mise en place ou retrait d'un cathéter permanent
pour dialyse péritonéale, par laparoscopieD 8126 339 7

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				

Chapitre 22 : Actes cliniques associés aux visualisations diagnostiques

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
(injection Thallium)	B	1738	28	
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, en supplément 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	

Chapitre 22 : Actes cliniques associés aux visualisations diagnostiques

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Urétrographie ou cystographie rétrograde, sans cystoscopie.....B		2015	27	
Cystographie rénale percutanéeB		2016	63	6
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 diagnostiqueB		1720	231	
Établissement percutané d'une voie de néphrotomie en vue d'exérèse de calcul du rein.....B		2121	340	6
Radiographie du conduit iléalB		2087	27	
Duodénographie hypotonique par intubation.....B		2065	17	
Intubation de l'intestin grêleB		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 diagnostiqueB		1718	95	
Ponction-biopsie intra-abdominale percutanée d'une masse solide sous visualisation diagnostiqueB		1719	79	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopieB		2066	63	6
Biopsie par brosse bronchiqueB		2067	63	6
Ultrason pelvien				
Professionnel.....B		8171	20	
Technique.....B		8172	20	
Implantation transcathéter de valvule aortique (cardiologie 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 normales (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;
- 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 « Éléments communs à tous les médecins : Prime d'urgence après les heures normales » 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

Chapitre 23 : Spécialistes en Radiologie Diagnostique**Liste Code Unités Unités
Gen An**

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
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 temporo-mandibulaires.....	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

Épaulé.....	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
Chevilles.....	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 normales)	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'examen 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 normales.*

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
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	
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	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	
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
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 transcârien 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

	Code	Unités Gen	Unités An
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	
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	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	
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 vitesse du mouvement des structures des producteurs échographiques.
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	
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 (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	

	Code	Unités Gen	Unités An
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	
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		
Implantation 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.**

Veillez prendre 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 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 Unités
Gen 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

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.

Veillez 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	Rothsay
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 Après 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 Dépannage 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

Chapitre 25 : Codes d'emplacement

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 rendez-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	Médecine 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

Chapitre 25 : Codes d'emplacement

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