

Manuel des Médecins du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

INDEX NUMÉRIQUE	15
CHAPITRE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ASSURANCE-MALADIE	35
Section 1 : Conditions de participation	35
1.1 Définition de médecin	35
1.2 Médecin participant	35
1.3 Procédure à suivre pour devenir médecin non participant	35
1.4 Conditions relatives à la présentation et au règlement des demandes de paiement ..	36
1.5 Indication aux patients du statut de non-participant.....	36
1.6 Entente de participation du médecin	36
1.7 Mode de présentation et de règlement des demandes de paiement	37
1.8 Services médicaux exclus en vertu des ententes interprovinciales de traitement	42
1.9 Règlement des demandes de paiement	43
Section 2 : Procédures d'appel.....	45
2.1 Appels interjetés par les médecins	45
2.2 Appels interjetés par les bénéficiaires	45
Section 3 : Services exclus.....	46
Section 4 : Fournitures et matériel	48
4.1 Éléments inclus.....	48
4.2 Éléments exclus	48
Section 5 : Admissibilité et inscription des patients	49
Section 6 : Formulaire	49
Section 7 : Vérification des demandes de paiement des médecins.....	49
7.1 Renseignements généraux	49
7.2 Normes entourant les dossiers de patients	50
7.3 Intervalles	51
7.4 Visites sur place.....	51
7.5 Lettres de vérification.....	51
7.6 Conclusions	52
7.7 Comité de revue professionnelle	52
CHAPITRE 2 : RÈGLES D'ÉVALUATION	53
Section 1 : Base de paiement	53
1.1 Règles d'évaluation – Généralités	53
1.2 Règles d'évaluation – Répertoire détaillé.....	53
CHAPITRE 3 : PRÉAMBULE GÉNÉRAL	59
Section 1 : Introduction	59
1.1 Principes de facturation	59
1.2 Conditions et définitions.....	61
1.3 Contestation de tarifs.....	73
1.4 Révision du Cahier	73

1.5 Valeurs unitaires	74
1.7 Légende	75
CHAPITRE 4 : ÉLÉMENTS COMMUNS À TOUS LES MÉDECINS	77
Section 1 : Services non-assurés.....	77
1.1 Médecine industrielle et de santé publique ou autres services à la demande d'un organisme public.	77
1.2 Prélèvements sanguins pour alcoolémie et documentation à la demande du ministère de la Justice et de la Consommation.....	77
Section 2 : Services divers.....	78
2.1 Foyers de soins	78
2.2 Visites d'urgence	78
2.3 Visites en salle d'urgence	79
2.4 Honoraires de surveillance exclusive	80
2.5 Honoraires d'assistance chirurgicale (rôle 3)	81
2.5.1 Justification d'un second assistant.....	82
2.6 Chirurgiens collaborateurs (rôle 6).....	82
2.7 Soins simultanés	82
2.8 Rémunération à la vacation	84
2.9 Unités de soins spéciaux.....	84
2.10 Actes divers	86
2.11 Nutrition parentérale totale (suralimentation)	86
2.12 Prime d'urgence après les heures normales.....	87
2.13 Prime-cancer.....	93
2.14 Prime chirurgicale en cas d'obésité.....	93
2.15 Honoraires de visites diverses	95
CHAPITRE 5 : SPÉCIALITÉS	121
Section 1 : Médecine familiale.....	121
1.1 Consultations	121
1.2 Visites en cabinet.....	121
1.3 Soins à l'hôpital.....	128
1.4 Visites en services externe cédule.....	130
1.5 Traitement initial de polytraumatisme.....	130
1.6 Visites à domicile	130
1.7 Visite sur un navire.....	130
1.8 Examen post-mortem.....	131
1.9 Soins obstétricaux.....	131
1.10 Soins du nouveau-né.....	131
1.11 Psychothérapie.....	132
1.12 Honoraires d'anesthésie.....	132
1.13 Aide médicale à mourir (AMAM).....	133
1.14 Tests de provocation allergiques par injection et par ingestion	133
Section 2 : Services d'anesthésie	135
2.1 Préambule des services d'anesthésie	135
2.3 Unités modificatrices.....	138

2.4	Actes spéciaux	139
2.5	Consultations et visites	140
2.6	Soins à l'hôpital	140
2.7	Visite en services externe cédule	141
2.8	Soins intensifs.....	141
2.9	Clinique de traitement de la douleur chronique	143
Section 3 :	Spécialistes en chirurgie cardiaque.....	148
3.1	Consultations	148
3.2	Visites en cabinet.....	148
3.3	Soins intensifs.....	148
3.4	Soins à l'hôpital	149
3.5	Visite en services externe cédule	150
3.6	Soins de supervision	150
3.7	Autres honoraires de visite	150
Section 4 :	Spécialistes en dermatologie	151
4.1	Consultations :	151
4.2	Visites en cabinet.....	151
4.3	Soins à l'hôpital.....	151
4.4	Service externe – Visites avec rendez-vous	152
4.5	Visites à domicile	152
4.6	Actes dermatologiques	152
4.7	Chirurgie micrographique de Mohs.....	153
Section 5 :	Spécialistes en chirurgie générale	155
5.1	Consultations	155
5.2	Visites en cabinet.....	155
5.3	Soins à l'hôpital.....	155
5.4	Visite en services externe cédule	156
5.5	Visites à domicile	156
5.6	Soins intensifs.....	156
5.7	Traitement initial de polytraumatisme.....	157
Section 6 :	Spécialistes en médecine interne générale	158
6.1	Consultations	158
6.2	Visites en cabinet.....	158
6.3	Soins à l'hôpital.....	158
6.4	Visite en services externe cédule	159
6.5	Visite a domicile.....	159
6.6	Soins de supervision	159
6.7	Autres honoraires de visite	159
6.8	Aide médicale à mourir (AMAM).....	159
Section 7 :	Spécialistes en médecine interne	161
7.1	Consultations	161
7.2	Visites en cabinet.....	161
7.3	Soins à l'hôpital.....	161
7.4	Visites en services externe cédule.....	162

7.5	Visites à domicile	162
7.6	Soins intensifs.....	162
7.7	Stimulateur cardiaque permanent	163
7.8	IRM Cardiaque	163
7.9	Aide médicale à mourir (AMAM).....	163
Section 8 : Spécialistes en médecine de laboratoire		165
8.1	Visite en services externe cédule	165
8.2	Divers	165
Section 9 : Spécialistes en neurologie		166
9.1	Consultations	166
9.2	Visites en cabinet.....	166
9.3	Soins à l'hôpital.....	166
9.4	Visite en services externe cédule	167
9.5	Visites à domicile	167
9.6	Soins intensifs.....	167
9.7	Actes spéciaux	168
9.8	Injection de toxine botulinique – autre qu'à l'œil	168
Section 10 : Spécialistes en neurochirurgie.....		170
10.1	Consultations	170
10.2	Visites en cabinet.....	170
10.3	Soins à l'hôpital.....	170
10.4	Visite en service externe cédule	171
10.5	Soins intensifs.....	171
10.6	Étude de la conduction nerveuse	172
Section 11 : Spécialistes en obstétrique et gynécologie		173
11.1	Consultations	173
11.2	Visites en cabinet.....	173
11.3	Visite en services externe cédule	174
11.4	Visites à domicile	174
11.5	Soins obstétricaux.....	174
11.6	Actes gynécologiques – Honoraires additionnels.....	176
Section 12 : Spécialistes en ophtalmologie		177
12.1	Consultations	177
12.2	Visites en cabinet.....	177
12.3	Actes	177
12.4	Soins à l'hôpital.....	178
12.5	Visite en services externe cédule	179
12.6	Visites à domicile	179
12.7	Examens du champ visuel	179
12.8	Examens du champ visuel assisté par ordinateur	179
12.9	Ultrasonographie oculaire	180
12.10	Ajustement de lentilles de contact.....	180
12.11	Tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT)	181
Section 13 : Spécialistes en chirurgie orthopédique.....		182

13.1 Consultations	182
13.2 Visites en cabinet.....	182
13.3 Soins à l'hôpital.....	182
13.4 Visite en services externe cédule	184
13.5 Visites à domicile	184
Section 14 : Spécialistes en oto-laryngologie.....	185
14.1 Consultations	185
14.2 Visites en cabinet.....	185
14.3 Soins à l'hôpital.....	185
14.4 Visite en services externe cédule	186
14.5 Visites à domicile	186
14.6 Injection intralympatique de médicament	187
14.7 Examens spéciaux	187
14.8 Électronystagmographie (ENG)	188
14.9 Études de conduction nerveuse	188
14.10 Amygdalectomie et adénoïdectomie	188
14.11 Injection de toxine botulinique.....	188
Section 15 : Spécialistes en pédiatrie	190
15.1 Consultations	190
15.2 Visites en cabinet.....	190
15.3 Injections	190
15.4 Soins à l'hôpital.....	190
15.5 Soins du prématuré.....	192
15.6 Visite en services externe cédule	192
15.7 Visite à domicile.....	192
15.8 Soins intensifs.....	192
15.9 Actes spéciaux.....	193
Section 16 : Spécialistes en physiothérapie et réadaptation	195
16.1 Consultations	195
16.2 Visites en cabinet.....	195
16.3 Soins à l'hôpital	195
16.4 Secteur ambulatoire – visites sur rendez-vous	196
16.5 Visites à domicile	196
16.6 Points divers	196
16.7 Actes spéciaux.....	197
16.8 Actes diagnostiques et thérapeutiques.....	198
16.9 Injection de toxine botulique	199
Section 17 : Spécialistes en chirurgie plastique	201
17.1 Consultations	201
17.2 Visites en cabinet.....	201
17.3 Soins à l'hôpital.....	201
17.4 Visite en services cédule	202
17.5 Visites à domicile	202
17.6 Chirurgie restauratrice majeure complexe/Considération spéciale (CS).....	203

Section 18 : Spécialistes en psychiatrie.....	204
18.1 Consultations	204
18.2 Visites en cabinet.....	204
18.3 Soins à l'hôpital.....	205
18.4 Visite en services externe cédule	206
18.5 Visites à domicile	206
18.6 Autres actes	206
Section 19 : Spécialistes en pneumologie.....	210
19.1 Consultations	210
19.2 Visites en cabinet.....	210
19.3 Soins à l'hôpital.....	210
19.4 Visite en services externe cédule	211
19.5 Visite à domicile.....	211
19.6 Soins de supervision	211
19.7 Autres honoraires de visite	211
Section 20 : Spécialistes en rhumatologie.....	212
20.1 Consultations	212
20.2 Visites en cabinet.....	212
20.3 Soins à l'hôpital.....	212
20.4 Visite en services externe cédule	213
20.5 Visite à domicile.....	213
20.6 Soins de supervision	213
20.7 Autres honoraires de visite	213
Section 21 : Spécialistes en urologie	214
21.1 Consultations	214
21.2 Visites en cabinet.....	214
21.3 Soins à l'hôpital.....	214
21.4 Visite en services externe cédule	215
21.5 Visites à domicile	215
21.6 Stimulation du nerf sacré.....	216
Section 22 : Spécialistes en médecine foetale	217
22.1 Consultations	217
22.2 Visite en cabinet	217
22.3 Échographie.....	217
22.4 Actes	218
Section 23 : Spécialistes en électrophysiologie.....	219
Section 24: Chirurgie Thoracique	221
24.1 Consultations	221
24.2 Visites en cabinet.....	221
24.3 Soins à l'hôpital.....	221
24.4 Visite en services externe cédule	222
24.5 Visite a domicile.....	222
24.6 Soins intensifs.....	222
24.7 Traitement initial de polytraumatisme.....	223

Section 25: Chirurgie Vasculaire	224
25.1 Consultations	224
25.2 Visites en cabinet.....	224
25.3 Soins à l'hôpital.....	224
25.4 Visite en services externe cédule	225
25.5 Visite à domicile.....	225
25.6 Soins intensifs.....	225
25.7 Traitement initial de polytraumatisme.....	226
CHAPITRE 6 : ACTES CHIRURGICAUX	227
Section 1 : Préambule	227
CHAPITRE 7: SYSTÈME TÉGUMENTAIRE.....	229
Section 1 : Peau et tissu sous-cutané.....	229
1.1 Incision	229
1.2 Lésions cutanées	229
1.3 Tendons, gaines tendineuses, aponévroses.....	232
1.4 Opérations du sein	232
CHAPITRE 8 : SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE	233
Section 1 : Préambule	233
Section 2 : Classification	234
Section 3 : Plâtres et attelles	234
Section 4 : Os	235
Section 5 : Articulations.....	246
Section 6 : Tendons, aponévroses, ligaments	265
Section 7 : Bourses séreuses	268
Section 8 : Muscles	268
Section 10 : Amputations.....	269
Section 11 : Colonne vertébrale	271
CHAPITRE 9: APPAREIL RESPIRATOIRE	277
Section 1 : Nez	277
Section 2 : Nez – sinus accessoires	278
Section 3 : Larynx	278
Section 4 : Trachée et bronches	279
Section 5 : Paroi thoracique et médiastin	280
Section 6 : Poumons et plèvre	281
CHAPITRE 10 : SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE	282
Section 1 : Veines	282

Section 2 : Artères	283
Section 3 : Cœur et péricarde	285
3.1 Préambule – Cathétérismes cardiaques	285
3.2 Actes diagnostiques	286
3.3 Études électrophysiologiques et cardiostimulation	288
3.4 Actes thérapeutiques	289
Section 4 : Chirurgie cardiaque	291
4.1 Chirurgie mini-invasive	291
4.2 Oxygénation extracorporelle par membrane	291
4.3 Implantation d'un autre système d'assistance cardiaque pour l'assistance circulatoire mécanique	291
4.4 Complication mécanique d'un infarctus aigu du myocarde	291
4.5 Interventions chirurgicales combinées	292
4.6 Chirurgie de révision	292
4.7 Gestion d'un pontage cardiopulmonaire et chirurgie cardiaque	292
4.8 Actes généraux	292
4.9 Incision et/ou excision	293
4.10 Réparation	294
4.11 Valvules	294
CHAPITRE 11 : SYSTÈME HEMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE	296
Section 1 : Rate et moelle	296
Section 2 : Vaisseaux lymphatiques	296
CHAPITRE 12 : APPAREIL DIGESTIF	297
Section 1 : Bouche	297
Section 2 : Lèvres	297
Section 3 : Langue	298
Section 4 : Dents et gencives	298
Section 5 : Palais et luette	298
Section 6 : Glandes et canaux salivaires	299
Section 7 : Pharynx, adénoïdes et amygdales	299
Section 8 : Esophage	300
Section 9 : Estomac	302
Section 10 : Intestins (à l'exception du rectum)	304
Section 11 : Diverticule de Meckel et mésentère	306
Section 12 : Appendice	306
Section 13 : Rectum	306
Section 14 : Anus	308

Section 15 : Foie	309
Section 16 : Voies biliaires.....	309
Section 17 : Pancréas	311
Section 18 : Abdomen, péritoine et épiploon	311
<i>CHAPITRE 13 : SYSTÈME ENDOCRINIEN.....</i>	<i>315</i>
Section 1 : Thyroïde	315
Section 2 : Parathyroïde, thymus et glandes surrénales.....	315
<i>CHAPITRE 14 : ACTES DE CHIRURGIE UROLOGIQUE</i>	<i>316</i>
Section 1 : Reins et périméphrium.....	316
Section 2 : Uretère	317
Section 3 : Vessie	318
Section 4 : Urètre	320
<i>CHAPITRE 15 : APPAREIL GÉNITAL MASCULIN.....</i>	<i>322</i>
Section 1 : Pénis	322
Section 2 : Testicules	323
Section 4 : Tunique vaginale	323
Section 5 : Scrotum	323
Section 6 : Canal déférent	324
Section 7 : Cordon spermatique	324
Section 8 : Vésicules séminales.....	324
Section 9 : Prostate	324
<i>CHAPITRE 16 : APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.....</i>	<i>325</i>
Section 1 : Avortement	325
Section 2 : Accouchement chirurgical.....	325
Section 3 : Vulve	326
Section 4 : Hystérectomie et prolapsus.....	327
Section 5 : Vagin	329
Section 6 : Trompes de Fallope.....	330
Section 7 : Ovaires	330
Section 8 : Utérus et col utérin	330
<i>CHAPITRE 17 : ACTES DE NEUROCHIRURGIE.....</i>	<i>333</i>
Section 1 : Nerfs périphériques.....	333
Section 2 : Actes de diagnostic et traitements mineurs	333

Section 3 : Traumatismes crâniens.....	334
Section 4 : Crâne	334
Section 5 : Cerveau	334
Section 6 : Chirurgie vasculaire.....	336
Section 7 : Nerfs crâniens.....	336
Section 8 : Divers	336
Section 9 : Neurochirurgie fonctionnelle (comprend la douleur, l'épilepsie et les troubles moteurs)	337
Section 10: Colonne vertébrale	338
<i>CHAPITRE 18 : OPÉRATIONS DE L'OEIL.....</i>	<i>344</i>
Section 1 : Ablation chirurgicale de l'œil.....	344
Section 2 : Exentération de l'orbite +/- greffe cutanée	344
Section 3 : Opérations de muscles extraoculaires	344
Section 4 : Autres opérations de l'orbite.....	344
Section 5 : Paupières	345
Section 6 : Appareil lacrymo-nasal.....	346
Section 7 : Conjonctive	346
Section 8 : Sclérotique	347
Section 9 : Cornée	347
Section 10 : Opérations du glaucome	347
Section 11 : Opération intraoculaire	347
Section 12 : Opération de la cataracte.....	347
Section 13 : Autres opérations de la chambre antérieure de l'œil.....	348
Section 14 : Rétine	348
Section 15 : Corps vitré.....	348
<i>CHAPITRE 19 : OPÉRATIONS DE L'OREILLE.....</i>	<i>349</i>
Section 1 : Oreille externe.....	349
Section 2 : Oreille moyenne.....	350
Section 3 : Oreille interne	350
<i>CHAPITRE 20 : ACTES DE CHIRURGIE PLASTIQUE.....</i>	<i>352</i>
Section 1 : Préambule	352
Section 2 : Greffes cutanées et greffes par glissement	353
2.1 Greffes par glissement.....	353

2.2	Greffes à distance	354
2.3	Reconstruction – tête et cou	354
Section 3	Greffes cutanées.....	354
3.1	Prothèses gonflables de distension cutanée.....	355
Section 4	Lésions cutanées, tumeurs superficielles, etc.	356
Section 5	Destruction au laser des lésions cutanées	356
Section 6	Carcinomes	356
Section 7	Plaies	356
Section 8	Brûlures	356
Section 9	Chéloïdes	357
Section 10	Joues	357
Section 11	Nez	357
Section 12	Orbites	358
Section 13	Oreilles	358
Section 14	Bouche	359
Section 15	Lèvres	359
Section 16	Palais et luvette	360
Section 17	Sein	361
Section 18	Tronc	362
Section 19	Organes génitaux.....	363
Section 20	Membres	363
Section 21	Fractures (non-opératoires).....	365
Section 22	Main	365
Section 23	Réparations microchirurgicales.....	365
Section 24	Divers	367
Section 25	Chirurgie du tatouage.....	368
CHAPITRE 21 : ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES		369
Section 1	Consultations et évaluation	369
Section 2	Allergies	370
Section 3	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	373
Section 4	Ultrasonographie cardiaque.....	378
Section 5	Ultrasonographie carotidienne.....	378
Section 6	Endosonographie	379

Section 7 : Ultrasonographie obstétrique.....	379
Section 8 : Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler)	379
Section 9 : Examens vasculaires non invasifs (ultrasoniques, Duplex seulement)	380
Section 10 : Mise en place d'une canule veineuse.....	380
<i>CHAPITRE 22 : ACTES CLINIQUES ASSOCIÉS AUX VISUALISATIONS</i>	
<i>DIAGNOSTIQUES.....</i>	<i>382</i>
Section 1 : Honoraires d'actes spéciaux.....	382
<i>CHAPITRE 23 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....</i>	
Section 1 : Interprétations des tarifs prévus.....	385
Section 2 : Thorax et viscères thoraciques.....	387
Section 3 : Abdomen et tube digestif	387
Section 4 : Appareil génito-urinaire	388
Section 5 : Tête et cou	388
Section 6 : Membres supérieurs.....	389
Section 7 : Membres inférieurs	389
Section 8 : Colonne vertébrale et bassin	390
Section 9 : Divers	390
Section 10 : Actes spéciaux, interprétation seulement.....	391
Section 11 : Angiographie ou angioplastie cardiaque.....	392
Section 12 : Tomographie axiale informatisée.....	393
Section 13 : Ultrasonographie	396
Section 14 : Imagerie par résonance magnétique.....	399
Section 15 : Actes cliniques et diagnostiques	401
15.1 Système hépato-biliaire	401
15.2 Appareil urinaire.....	401
15.3 Autres actes	402
<i>CHAPITRE 24 : SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET EN</i>	
<i>MÉDECINE NUCLÉAIRE.....</i>	
Section 1 : Radiothérapie isotopique	404
Section 2 : Actes diagnostiques isotopiques	404
2.1 Thyroïde	404
2.2 Appareil urinaire.....	404
2.3 Système digestif.....	404
2.4 Système cardiovasculaire	405
2.5 Système respiratoire	406
2.6 Système nerveux central.....	406

2.7	Système squelettique	406
2.8	Autres systèmes	406
CHAPITRE 25 : CODES D'EMPLACEMENT.....		407
25.1	Cliniques sans rendez-vous : définition.....	407
25.2	Centre de santé mentale communautaire.....	408
25.3	Établissements de soins palliatifs approuvés par le gouvernement :.....	409

INDEX NUMÉRIQUE

1	121	59	206	117	179	195	95
2	100	60	175	118	179	196	95
3	126	61	167	119	151	197	162
4	130	62	171	121	151	198 85, 141, 157, 163,	
5	97	63	183	125	151	167, 172, 192,	
7	127	64	177	126	151	222, 225	
8	97	66	177	127	152	199	83, 128
9	78	68	191	129	153	200	80
10	121	69	177	130	153	201	140
12	121	71	177	131	153	202	195
14	131	72	179	134	152	204	95
15	131	74	165	135	153	205	95
16	131	76	182	150	357	206	95
17	131	78	182	151	357	207	95
18	132	80	202	152	357	208	95
19	132	81	182	154	153	209	95
20	132	83	182	156	166	210	95
21	85	84	184	159	166	211	132
22	85	85	190	161	166	214	130
23	85	87	190	162	166	216	96
25	85	90	190	164	167	217	140
26	155	91	193	166	174	218	140
29	155	92	191	167	168	219	140
30	132	93	190	168	168	220	163
31	155	94	190	169	168	221	163
33	155	96	192	170	168	222	163
34	156	97	215	171	168	224	167
35	161	98	196	172	168	225	167
38	161	99	231, 333	174	168	226	167
40	141	100	148	175	168	228	177
41	161	101	148	177	333, 370	229	177
42	161	102	170, 185	178	333	230	177
44	162	104	185	179	333	231	179
45	130	105	179	180	333	232	177
46	152	106	179	181	333, 382	233	177
47	156	107	185	182	382	234	181
48	173	109	185	183	168	235	180
50	173	110	186	184	168	236	181
52	186	111	188	185	168	237	192
53	174	112	180	186	170	239	193
54	173	113	180	188	170	240	188
56	173	114	180	189	170	242	188
57	179	115	180	193	96	243	192
58	175	116	179	194	193	244	192

245	192	322.....	204	390	232	523	264
246	192	324.....	204	391	359	524	267
247	192	325.....	204	392	265	525	247
248	192	327.....	156, 222, 225	396	265	526	237
249	193	328.....	206	397	265	528	235
250	193	329.....	186	398	256	530	264
255	153	330.....	179	400	266	531	237
257	374	331.....	206	401	266	532	255
258	373	332.....	206	402	266	533	264
259	373	333.....	206	403	266	534	237
260	373	340.....	207	404	232	535	237
261	374	341.....	206	405	232	536	216
263	199, 374	343.....	214	407	232	538	235
270	373	345.....	214	408	232	539	235
271	198, 374	346.....	214	409	232	546	265
272	198, 374	349.....	214	410	232	547	256
273	198, 374	350.....	216	411	361	548	264
274	198, 374	351.....	215	412	361	551	250
275	198, 374	352.....	361	413	374	552	250
276	374	353.....	368	414	244	553	250
277	199, 374	354.....	368	415	244	554	250
280	177	355.....	229	416	244	555	236
281	348	356.....	229	417	244	556	236
282	177	357.....	229	418	244	557	236
283	98	358.....	229	420	245, 358	558	238
284	348	359.....	229	421	245, 358	559	256
287	195	360.....	229	423	245	561	235
288	195	361.....	265	424	245	565	236
290	195	362.....	229, 329	425	373	567	256
292	375	363.....	229	426	245	568	256
293	196	365.....	229	427	245	569	256
294	199, 374	366.....	229	428	245	570	255
295	373	367.....	229	429	245	571	238
296	373	368.....	229	440	238	572	238
297	198, 373	369.....	230	475	236	574	264
300	141	370.....	230	501	248	575	256
301	162	371.....	152, 230	502	247	578	268
302	197	372.....	230	503	247	579	268
303	197	373.....	153, 230, 356	504	235	580	355
305	201	374.....	153, 356	505	246	582	236
306	201	376.....	231	506	246	583	236
307	201	377.....	231	507	246	584	264
308	201	378.....	230	508	246	585	258
310	152	379.....	230	509	250	588	258
311	202	380.....	230	510	250	589	258
313	141	381.....	357	511	249	594	267
314	141	382.....	357	513	248	595	267
315	141	384.....	230	515	234	596	267
317	356	385.....	231	516	234	598	237
318	356	386.....	131	517	234	599	237
319	356	387.....	231, 333	518	234	601	268
320	356	388.....	356	520	234	602	268
321	204	389.....	356	521	234	605	268

606	268	679.....	278	733	281	787	285
607	268	680.....	278	734	281	788	285
608	268	681.....	278	735	280	789	283
609	268	682.....	279	736	383	790	283
611	266, 333	683.....	279	737	282	791	283
612	354	684.....	279	738	282	792	283
613	266	685.....	279	739	282	794	284
615	266	687.....	279	740	282	795	285
617	267	688.....	279	741	282	796	285
618	266	689.....	279	742	282	798	284
619	266	690.....	279	743	282	799	284
620	266	691.....	279	744	282, 316	800	382
621	269	692.....	279	745	282	802	307
622	269	693.....	279	746	282	804	285
623	269	694.....	279	747	282	805	354
631	270	695.....	279	748	282	808	284
632	270	696.....	279	749	282	812	289
633	270	697.....	280	750	282	813	289
634	270	698.....	279	751	282	814	289
635	270	699.....	279	752	282	815	289
637	269	700.....	277	753	282	816	290
638	269	701.....	279	754	282	817	290
640	269	702.....	280	755	283	818	290
641	269	703.....	280	756	283	819	290
642	277	704.....	279	757	283	820	280, 293
643	277	705.....	280	758	283	823	278
644	277	706.....	280	759	283, 364	824	278
645	277	707.....	280	760	283, 364	825	288
647	277	708.....	280	761	283	826	288
649	277	709.....	280	762	283, 364	827	304
650	277, 358	710.....	280	763	283, 364	828	299
652	277	711.....	280	764	283	830	168, 197
653	357	712.....	280	765	283	831	168, 172, 198
654	277	713.....	280	766	283	832	139
656	278	714.....	281	767	283, 333	833	237
657	278	715.....	281	768	283	834	237
658	277	716.....	281	769	283	835	327
659	277	717.....	281	770	283	836	321
660	277, 357	718.....	281	771	283	837	230
661	277	719.....	281	773	284	838	306
662	277	720.....	281	774	284	839	306
666	277	721.....	281	775	284	840	282
667	277	722.....	281	776	284	841	142
668	277	723.....	281	777	284	842	142
669	278	724.....	281	778	283	843	296
670	278	725.....	281	779	281	844	296
672	278	726.....	281	780	285	845	266
673	278	727.....	281	781	285	846	284
674	278	728.....	281	782	281	847	95
675	278	729.....	281	783	282	848	95
676	278	730.....	281	784	285	851	376
677	278	731.....	280	785	285	852	376
678	278	732.....	281	786	285	853	163

854	163	912	298	971	302	1025	305
855	163	913	298	972	302	1026	305
856	163	914	298	973	302	1027	305
857	163	915	298	974	302	1028	305
858	163	916	298	975	302	1029	305
864	296	917	298	976	302	1030	305
865	296	918	298	977	302, 313	1031	305
866	296, 373	919	298, 360	978	302	1032	303
867	296	920	298, 360	979	301	1033	312
868	296	921	298, 360	981	301	1034	305
869	296, 363	922	299	982	300	1035	305
870	296, 363	923	299, 360	983	300	1036	305
871	296	924	299	984	300	1037	305
872	296	925	299, 360	985	300	1038	305
873	296	926	299	986	300	1039	305
874	296	927	299	987	300	1040	305
875	296	928	299	988	300	1042	305
876	296	929	299	989	302	1043	305
877	296, 322	930	299	990	302	1044	306
878	296, 322	931	299	991	302	1045	306
879	296	932	299, 357	992	302	1046	306
880	296	933	299	993	302	1047	306
881	297	934	299	994	302	1048	306
882	297, 359	935	299	995	302	1049	306
883	297, 359	936	299	996	302	1050	306
884	297	937	299	997	302	1051	302
885	297	938	299	998	302	1053	306
886	297, 359	939	299	999	302	1054	306
887	297, 359	940	300	1000	302	1055	306
888	203, 228, 386	941	300	1001	303	1056	374
889	297, 359	942	300	1002	303	1057	306, 384
890	297	943	300	1003	301	1058	306
891	297	944	300	1004	303	1059	306
892	297, 359	947	300	1005	301	1060	306
893	297, 359	948	300	1006	303	1061	306
894	297, 359	949	300	1007	303	1062	306
895	297, 359	950	300	1008	304	1064	306
896	297, 359	951	300	1009	303	1065	306
897	297	952	300	1010	303	1066	306
898	297	953	301	1011	303	1067	306
899	297, 359	954	301	1012	303	1068	307
900	298	955	301	1013	303	1069	307
901	298, 359	956	301	1014	304	1070	307
902	298	957	301	1015	304	1071	307
903	298	962	301	1016	304	1072	307
904	298	963	301	1017	304	1073	307
905	298	964	301, 303	1018	304	1074	307
906	298	965	301	1019	304	1075	307
907	298	966	301	1020	305	1078	312
908	298	967	301	1021	305	1079	307
909	298	968	301	1022	305	1080	307
910	298	969	302	1023	305	1081	307
911	298	970	302	1024	305	1082	307

1083.....	308	1144.....	310	1200.....	315	1276.....	318
1084.....	140	1145.....	311	1201.....	315	1278.....	317
1085.....	308	1146.....	311	1202.....	315	1280.....	319
1086.....	308	1147.....	311	1203.....	315	1282.....	320
1087.....	308	1148.....	311	1204.....	315	1284.....	320
1088.....	308	1149.....	311	1205.....	315	1285.....	320
1089.....	308	1150.....	311	1206.....	315, 316	1286.....	320
1090.....	308	1151.....	311	1207.....	321	1287.....	320
1091.....	308	1152.....	311	1208.....	320	1288.....	320
1092.....	308	1153.....	311	1209.....	324	1291.....	320
1093.....	308	1154.....	311	1210.....	324	1292.....	320
1094.....	308	1155.....	311	1211.....	316	1295.....	320
1095.....	308	1156.....	311	1212.....	316	1296.....	320
1096.....	308	1157.....	311	1215.....	317	1297.....	320
1097.....	308	1158.....	312	1216.....	316	1298.....	320
1098.....	308	1159.....	312	1219.....	316	1299.....	320
1099.....	308	1160.....	312	1220.....	316	1301.....	320
1100.....	308	1161.....	312	1223.....	315	1305.....	320
1101.....	308	1162.....	312	1225.....	316	1306.....	320
1102.....	308	1163.....	312	1228.....	316	1309.....	320
1103.....	308	1164.....	313	1231.....	316	1311.....	320
1104.....	308	1165.....	313, 363	1233.....	316	1312.....	321
1105.....	308	1166.....	313	1235.....	317	1313.....	321
1106.....	308	1167.....	313	1236.....	316	1314.....	321
1107.....	309	1168.....	311	1239.....	316	1315.....	321
1108.....	309	1169.....	311	1241.....	317	1316.....	321
1109.....	309	1170.....	313	1242.....	318	1321.....	321, 363
1110.....	309	1171.....	313	1243.....	318	1322.....	321, 363
1114.....	309	1172.....	313	1244.....	318	1323.....	321, 363
1118.....	309	1173.....	313	1245.....	318	1324.....	321
1119.....	309	1174.....	313	1246.....	318	1325.....	321
1120.....	309	1175.....	313	1247.....	318	1329.....	321
1121.....	309	1176.....	313	1248.....	318, 320	1331.....	321
1122.....	309	1177.....	313	1249.....	318	1332.....	321
1123.....	309	1178.....	313	1253.....	318	1333.....	321
1124.....	309	1179.....	313	1254.....	318	1340.....	322
1125.....	309	1180.....	313	1255.....	318	1341.....	322
1126.....	309	1181.....	313	1256.....	318	1342.....	322
1128.....	309	1182.....	313	1257.....	318, 327	1345.....	322
1129.....	309	1183.....	313	1259.....	318	1346.....	322
1130.....	310	1184.....	313	1260.....	318	1347.....	322
1131.....	310	1185.....	313	1261.....	318	1348.....	322
1133.....	310	1186.....	314	1262.....	318	1350.....	322
1134.....	310	1187.....	314	1266.....	318, 328	1351.....	322, 363
1135.....	310	1188.....	314	1267.....	317	1352.....	322, 363
1136.....	310	1189.....	314	1268.....	320	1353.....	322, 363
1137.....	310	1190.....	315	1269.....	317	1354.....	322, 363
1138.....	311	1192.....	315	1270.....	318	1355.....	322, 363
1139.....	310	1193.....	315	1271.....	317	1357.....	323
1140.....	310	1194.....	315	1272.....	317	1358.....	323
1141.....	310	1196.....	315	1273.....	318	1359.....	323
1142.....	310	1198.....	315	1274.....	319	1360.....	323
1143.....	310	1199.....	315	1275.....	319	1361.....	323

1362.....	323	1448.....	330	1523.....	334	1616.....	347
1364.....	323	1449.....	330	1524.....	334	1617.....	347
1365.....	323	1450.....	330	1527.....	334	1618.....	347
1367.....	323	1451.....	330	1528.....	334	1619.....	347
1368.....	323, 370	1453.....	330	1529.....	334	1620.....	347
1369.....	323	1454.....	330	1530.....	334	1621.....	347
1370.....	323	1455.....	327	1531.....	334	1623.....	348
1371.....	323	1456.....	327	1532.....	334	1624.....	345
1373.....	324	1458.....	327	1534.....	374	1625.....	345
1374.....	324	1461.....	330	1535.....	375	1626.....	345
1375.....	324	1462.....	330	1536.....	375	1627.....	345, 358
1376.....	324	1463.....	328	1537.....	375	1628.....	345
1377.....	324	1464.....	330	1541.....	238, 337	1630.....	345
1379.....	324	1465.....	330	1542.....	374	1631.....	345
1383.....	324, 373	1466.....	330	1546.....	333	1633.....	346
1390.....	324	1469.....	330	1547.....	334	1634.....	346
1391.....	324	1470.....	331	1548.....	334	1635.....	346
1393.....	324	1472.....	331	1549.....	334	1636.....	346
1394.....	324	1473.....	328	1550.....	334	1637.....	346
1396.....	324	1477.....	218, 326	1551.....	335	1638.....	346
1397.....	324	1478.....	326	1556.....	335	1639.....	346
1399.....	374	1479.....	326	1561.....	335	1640.....	346
1400.....	325	1481.....	332	1563.....	338	1641.....	346
1401.....	325	1482.....	332	1565.....	338	1642.....	347
1404.....	325	1484.....	332	1566.....	284, 336	1643.....	344
1405.....	325	1485.....	333	1568.....	336	1644.....	344
1406.....	325	1486.....	333	1569.....	336	1645.....	344
1407.....	326	1487.....	333	1579.....	337	1646.....	344
1408.....	326	1489.....	333	1580.....	337	1647.....	344
1409.....	326	1490.....	333	1581.....	337	1648.....	347
1412.....	218	1492.....	333	1582.....	337, 367	1649.....	347
1413.....	131, 175, 325	1493.....	337	1583.....	337, 367	1650.....	347
1414.....	218, 326	1494.....	337	1584.....	336	1651.....	347
1416.....	326	1495.....	337	1585.....	336	1652.....	348
1419.....	326	1496.....	337	1586.....	336	1653.....	348
1420.....	326	1497.....	333	1587.....	336	1654.....	348
1421.....	327	1499.....	140	1588.....	336	1655.....	344
1422.....	327	1500.....	333	1589.....	336	1656.....	344
1423.....	327	1501".....	333	1601.....	346	1657.....	344
1424.....	327	1502.....	335	1602.....	346	1658.....	344
1426.....	327	1503.....	333	1603.....	346	1659.....	344
1427.....	329	1505.....	140	1604.....	346	1660.....	344
1428.....	329	1506.....	382	1605.....	346	1661.....	344
1434.....	329	1508.....	171	1606.....	346	1662.....	344
1435.....	328	1512.....	171	1607.....	346	1663.....	344
1436.....	328	1513.....	171	1608.....	346	1664.....	349
1438.....	329	1514.....	171	1609.....	346	1665.....	349
1439.....	329	1517.....	334	1610.....	346	1666.....	349
1440.....	329	1518.....	334	1611.....	346	1667.....	349, 359
1441.....	329	1519.....	334	1612.....	347	1668.....	349
1444.....	328	1520.....	334	1613.....	347	1669.....	349
1445.....	330	1521.....	334	1614.....	347	1670.....	349
1447.....	328	1522.....	334	1615.....	347	1671.....	349, 358

1672.....	348	1728.....	279	1792.....	330	1849.....	366
1673.....	348	1729.....	321	1793.....	139	1850.....	366
1674.....	350	1732.....	317	1796.....	139	1851.....	366
1675.....	350	1733.....	318	1797.....	139	1852.....	367
1676.....	350	1734.....	318	1798.....	85	1853.....	367
1677.....	350	1735.....	350	1799.....	375	1854.....	367
1678.....	350	1736.....	351	1800.....	188	1855.....	367
1679.....	350	1738.....	383	1801.....	299	1856.....	367
1680.....	350	1741.....	383	1802.....	374	1857.....	367
1681.....	350	1742.....	383	1803.....	331	1858.....	367
1684.....	350	1743.....	371	1804.....	380	1859.....	367
1685.....	350	1744.....	371	1805.....	380	1860.....	367
1686.....	350	1745.....	97	1806.....	380	1861.....	367
1687.....	350	1746.....	97	1807.....	380	1862.....	367
1688.....	350	1747.....	97	1808.....	380	1863.....	367
1689.....	350	1752.....	78	1809.....	373	1864.....	286
1690.....	350	1753.....	319	1811.....	326	1865.....	287
1691.....	350	1754.....	315	1812.....	142	1866.....	287
1692.....	350	1755.....	256	1813.....	348	1867.....	288
1693.....	350	1756.....	230	1814.....	347	1868.....	288
1694.....	351	1757.....	336	1815.....	317	1869.....	288
1695.....	351	1758.....	335	1816.....	378	1870.....	288
1696.....	351	1760.....	330	1817.....	327	1871.....	288
1697.....	351	1762.....	198, 374	1818.....	327	1872.....	288
1698.....	351	1763.....	199, 374	1819.....	130	1873.....	288
1699.....	351	1764.....	374	1820.....	141	1874.....	288
1700.....	245	1765.....	199, 374	1821.....	163	1875.....	288
1701.....	359	1766.....	199, 374	1822.....	152	1876.....	288
1702.....	359	1767.....	199, 374	1823.....	157, 223, 226	1877.....	288
1703.....	246	1768.....	350	1824.....	186	1878.....	289
1704.....	246	1769.....	349	1825.....	179	1879.....	289
1705.....	246	1770.....	140	1826.....	205	1880.....	289
1706.....	246	1771.....	140	1827.....	168	1881.....	373
1707.....	246	1772.....	140	1828.....	172	1882.....	373
1708.....	246	1773.....	277	1829.....	183	1883.....	381
1709.....	246	1774.....	297	1830.....	192	1884.....	86
1710.....	246	1775.....	297	1831.....	202	1885.....	381
1711.....	382	1776.....	300	1832.....	215	1886.....	86
1712.....	383	1777.....	278	1833.....	196	1887.....	199, 374
1713.....	383	1778.....	278	1834.....	174	1888.....	374
1714.....	383	1779.....	254	1835.....	331	1889.....	199, 374
1715.....	382	1780.....	254	1836.....	331	1890.....	199, 374
1716.....	383	1781.....	254	1837.....	335	1892.....	370
1717.....	384	1782.....	254	1838.....	242	1893.....	99
1718.....	384	1783.....	254	1839.....	240	1894.....	100, 370
1719.....	384	1784.....	301	1840.....	242	1895.....	370
1720.....	384	1785.....	301	1841.....	253	1896.....	217, 379
1721.....	383	1786.....	278	1843.....	366	1897.....	217, 379
1722.....	332	1787.....	278	1844.....	366	1898.....	86
1724.....	279	1788.....	278	1845.....	366	1899.....	370
1725.....	370	1789.....	278	1846.....	366	1900.....	232, 370
1726.....	370	1790.....	278	1847.....	366	1901.....	370
1727.....	300	1791.....	278	1848.....	366	1902.....	370

1903.....	370	1967.....	255	2026.....	288	2096.....	246
1905.....	198, 370	1968.....	267	2027.....	180	2097.....	246
1906.....	372	1969.....	268	2028.....	187	2098.....	375
1907.....	370	1970.....	282	2029.....	180	2099.....	375
1908.....	370, 373	1971.....	282	2030.....	187	2100.....	375
1909.....	139	1972.....	238	2031.....	180	2101.....	375
1910.....	139	1973.....	284, 336	2032.....	187	2102.....	375
1911.....	370	1974.....	139, 284	2034.....	187	2103.....	375
1912.....	289	1975.....	139, 299	2035.....	168, 188	2104.....	375
1913.....	289	1976.....	299	2036.....	188	2105.....	376
1914.....	370	1977.....	303	2037.....	277	2106.....	376
1916.....	371	1978.....	261	2038.....	300	2107.....	376
1918.....	286	1980.....	308	2039.....	300	2108.....	376
1919.....	286	1982.....	316	2040.....	348	2109.....	376
1921.....	286	1983.....	373	2041.....	235	2110.....	376
1922.....	278, 371	1984.....	320	2042.....	350	2111.....	376
1923.....	371	1985.....	321	2043.....	376	2112.....	376
1924.....	371	1987.....	321	2045.....	304	2113.....	376
1927.....	371	1988.....	322	2046.....	304	2114.....	376
1928.....	371	1989.....	376	2047.....	376	2115.....	376
1929.....	371	1990.....	371	2048.....	376	2116.....	376
1930.....	371	1991.....	382	2049.....	372	2117.....	376
1931.....	371	1992.....	375	2050.....	86, 380	2118.....	376
1932.....	371	1993.....	375	2051.....	86, 380	2119.....	382
1933.....	371	1994.....	375	2052.....	380	2120.....	199, 382
1934.....	371	1995.....	375	2053.....	380	2121.....	317, 384
1935.....	372	1996.....	375	2054.....	380	2122.....	379
1936.....	372	1998.....	237	2055.....	380	2123.....	379
1937.....	372	1999.....	86	2057.....	304	2124.....	379
1938.....	372	2000.....	78	2061.....	382	2125.....	379
1939.....	372	2001.....	78	2062.....	382	2126.....	379
1940.....	372	2002.....	175	2063.....	382	2127.....	379
1941.....	198, 372	2003.....	245	2064.....	383	2128.....	379
1942.....	372	2004.....	262	2065.....	384	2129.....	380
1943.....	372	2005.....	256	2066.....	373, 384	2130.....	380
1944.....	372	2007.....	355	2067.....	384	2131.....	376
1945.....	86	2008.....	365	2068.....	237	2134.....	376
1946.....	372	2009.....	288	2069.....	267	2135.....	376
1947.....	372	2010.....	288	2070.....	267	2136.....	376
1948.....	198, 373	2011.....	288	2077.....	319	2137.....	376
1949.....	249	2012.....	288	2078.....	319	2138.....	235
1950.....	373	2013.....	382	2079.....	319	2139.....	235
1952.....	373	2014.....	382	2080.....	319	2140.....	235
1953.....	309, 373	2015.....	384	2081.....	380	2141.....	235
1954.....	296, 373	2016.....	384	2082.....	380	2142.....	235
1955.....	373	2017.....	238	2083.....	326	2143.....	235
1956.....	373	2019.....	296	2084.....	322	2145.....	246
1959.....	249	2020.....	79	2085.....	322	2146.....	382
1960.....	235	2021.....	79, 106	2086.....	322	2147.....	382
1961.....	235	2022.....	187	2087.....	384	2148.....	382
1962.....	253	2023.....	180	2089.....	230	2149.....	382
1963.....	236	2024.....	187	2094.....	375	2154.....	382
1964.....	266	2025.....	288	2095.....	375	2155.....	383

2156.....	382	2213.....	355	2270.....	358	2331.....	368
2158.....	383	2214.....	355	2271.....	346, 358	2332.....	368
2159.....	383	2215.....	355	2272.....	346, 358	2333.....	368
2160.....	383	2216.....	355	2273.....	349, 359	2334.....	368
2161.....	383	2217.....	355	2274.....	349, 359	2335.....	368
2162.....	383	2218.....	355	2275.....	349, 359	2336.....	360
2163.....	383	2219.....	355	2276.....	349, 359	2337.....	363
2164.....	331, 383	2220.....	355	2277.....	346	2338.....	187
2165.....	383	2221.....	355	2278.....	359	2339.....	285
2168.....	305	2222.....	355	2280.....	349, 359	2340.....	285
2169.....	383	2223.....	355	2281.....	349, 359	2341.....	296
2170.....	320	2224.....	355	2282.....	350, 359	2342.....	302
2171.....	191	2225.....	355	2283.....	350, 359	2344.....	304
2172.....	193	2226.....	355	2284.....	359	2345.....	316
2173.....	128	2227.....	231, 346	2285.....	359	2346.....	318
2174.....	128	2228.....	193	2286.....	359	2347.....	322
2175.....	129	2229.....	245	2287.....	360	2348.....	323
2176.....	128	2230.....	245	2288.....	360	2349.....	323
2177.....	283	2231.....	245	2289.....	360	2350.....	326
2178.....	282	2232.....	245	2290.....	360	2351.....	332
2179.....	285	2233.....	245	2291.....	299, 360	2352.....	372
2180.....	358	2234.....	245	2292.....	299, 360	2353.....	334
2181.....	303	2235.....	245	2293.....	363	2354.....	334
2182.....	303	2236.....	245	2294.....	363	2355.....	334
2183.....	305	2237.....	245	2295.....	355	2360.....	335
2184.....	305	2238.....	245	2296.....	346	2361.....	333
2185.....	306	2239.....	245	2297.....	346	2366.....	337
2186.....	307	2240.....	245	2298.....	321, 363	2367.....	337
2188.....	312	2241.....	245, 344	2299.....	363	2368.....	337
2189.....	344	2244.....	250	2300.....	363	2369.....	337
2190.....	344	2245.....	256	2301.....	363	2371.....	348
2191.....	344	2246.....	256	2302.....	363	2372.....	348
2192.....	344	2248.....	235	2303.....	364	2373.....	372
2193.....	344	2250.....	235	2304.....	364	2374.....	346
2194.....	345	2251.....	357	2305.....	365	2375.....	383
2195.....	345	2252.....	357	2306.....	365	2376.....	334
2196.....	346	2253.....	357	2307.....	267	2381.....	155
2197.....	346	2254.....	357	2309.....	267	2382.....	155
2198.....	346	2255.....	151	2311.....	355	2383.....	156
2199.....	346	2256.....	151	2313.....	267	2384.....	155
2200.....	354	2257.....	152	2315.....	355	2385.....	346
2201.....	354	2258.....	151	2316.....	267	2386.....	346
2202.....	354	2259.....	357	2317.....	256	2387.....	346
2203.....	354	2260.....	357	2318.....	256	2388.....	347
2204.....	354	2261.....	357	2319.....	356	2389.....	347
2205.....	354	2262.....	357	2320.....	267	2390.....	347
2206.....	354	2263.....	357	2321.....	267	2391.....	170
2207.....	354	2264.....	358	2322.....	267	2392.....	170
2208.....	354	2265.....	358	2326.....	367	2393.....	171
2209.....	354	2266.....	345, 358	2327.....	367	2394.....	170
2210.....	354	2267.....	345, 358	2328.....	367	2395.....	347
2211.....	354	2268.....	345, 358	2329.....	367	2396.....	347
2212.....	355	2269.....	358	2330.....	368	2397.....	347

2398.....	347	2474.....	205	2530.....	285	2586.....	379
2399.....	348	2475.....	86	2531.....	285	2587.....	279
2400.....	348	2476.....	381	2532.....	283	2588.....	279
2401.....	161	2477.....	381	2533.....	285	2589.....	279
2402.....	161	2478.....	86	2534.....	285	2590.....	279
2403.....	178	2480.....	86	2535.....	285	2591.....	279
2404.....	161	2481.....	214	2536.....	284	2592.....	375
2405.....	348	2482.....	214	2537.....	285	2594.....	234
2406.....	348	2483.....	215	2538.....	285	2595.....	234
2407.....	348	2484.....	214	2539.....	285	2596.....	234
2408.....	348	2485.....	280	2540.....	285	2597.....	237
2409.....	348	2486.....	280	2541.....	283	2598.....	235
2410.....	348	2487.....	231	2542.....	301	2601.....	235
2411.....	173	2488.....	231, 333	2543.....	301	2602.....	235
2412.....	173	2489.....	231	2546.....	302	2603.....	235
2413.....	174	2490.....	280	2547.....	302	2605.....	235
2414.....	173	2491.....	195	2548.....	302	2606.....	235
2415.....	345	2492.....	195	2549.....	302	2607.....	235
2416.....	157, 223, 226	2493.....	195	2550.....	303	2608.....	235
2417.....	367	2494.....	195	2551.....	303	2609.....	235
2418.....	365	2495.....	281	2552.....	303	2612.....	236
2420.....	332	2496.....	281	2553.....	303	2613.....	236
2421.....	178	2497.....	281	2554.....	305	2615.....	237
2422.....	178	2498.....	281	2555.....	305	2616.....	237
2423.....	178	2499.....	281	2556.....	305	2617.....	237
2424.....	178	2500.....	281	2557.....	305	2618.....	237
2425.....	379	2501.....	166	2558.....	306	2619.....	237, 256
2431.....	182	2502.....	166	2559.....	306	2620.....	237
2432.....	182	2503.....	167	2560.....	307	2621.....	257
2433.....	183	2504.....	166	2561.....	307	2622.....	237
2434.....	182	2505.....	281	2562.....	309	2623.....	237
2440.....	245	2506.....	281	2563.....	309	2625.....	257
2441.....	185	2507.....	280	2565.....	310	2626.....	237
2442.....	185	2508.....	280	2566.....	310	2627.....	237
2443.....	186	2509.....	280	2567.....	310	2628.....	237
2444.....	185	2510.....	282	2568.....	310	2629.....	237
2449.....	139	2511.....	282	2569.....	310	2630.....	237
2450.....	232	2512.....	282	2570.....	310	2634.....	238
2451.....	190	2515.....	383	2571.....	310	2635.....	265
2452.....	139	2516.....	283	2572.....	310	2636.....	265
2453.....	190	2517.....	283	2573.....	310	2637.....	236
2454.....	139	2518.....	284	2574.....	310	2640.....	267
2455.....	190	2519.....	284	2575.....	310	2641.....	266
2456.....	312	2520.....	284	2576.....	311	2642.....	243
2461.....	201	2521.....	284	2577.....	311	2643.....	243
2462.....	201	2522.....	283	2578.....	311	2645.....	168
2463.....	202	2523.....	284	2579.....	313	2646.....	168
2464.....	201	2524.....	285	2580.....	313	2648.....	365
2469.....	347	2525.....	284	2581.....	313	2649.....	238
2470.....	344	2526.....	284	2582.....	313	2650.....	238
2471.....	205	2527.....	284	2583.....	313	2651.....	365
2472.....	205	2528.....	284	2584.....	313	2652.....	238
2473.....	205	2529.....	284	2585.....	314	2653.....	239

2654.....	239	2735.....	241	2821.....	266	2889.....	366
2655.....	239	2738.....	242	2822.....	266	2894.....	309
2656.....	239	2740.....	242	2823.....	265	2895.....	310
2657.....	365	2741.....	242	2824.....	265	2896.....	310
2658.....	239	2743.....	242	2825.....	266	2897.....	310
2659.....	239	2744.....	242	2826.....	268	2898.....	310
2660.....	239	2745.....	242	2828.....	268	2900.....	361
2661.....	365	2747.....	244	2830.....	237	2911.....	180
2662.....	365	2748.....	242	2831.....	80	2912.....	180
2663.....	239	2749.....	242	2832.....	80	2913.....	180
2664.....	365	2750.....	242	2833	156, 222, 225	2922	183, 233
2665.....	239	2752.....	243	2834	156, 222, 225	2923	130
2666.....	239	2753.....	243	2835	157, 222, 225	2924	232
2671.....	246	2754.....	243	2837	206	2925	79
2673.....	239	2755.....	243	2838	373	2926	80
2674.....	239	2758.....	243	2839	383	2927	140
2676.....	239	2759.....	243	2840	384	2928	140
2677.....	239	2760.....	244	2845	361	2929	140
2678.....	239	2773.....	244	2846	361	2930	332
2679.....	239	2774.....	246	2848	361	2931	332
2681.....	239	2775.....	247	2849	361	2932	253
2682.....	239	2776.....	247	2850	307	2934	254
2684.....	239	2777.....	248	2851	329	2935	255
2685.....	239	2778.....	248	2852	331	2938	254
2687.....	240	2779.....	248	2853	277	2939	254
2688.....	240	2780.....	248	2854	80	2940	254
2693.....	240	2781.....	249	2855	78	2941	254
2694.....	240	2782.....	249	2856	78	2942	254
2696.....	240	2783.....	249	2857	171	2943	254
2697.....	240	2784.....	250	2858	78	2944	254
2699.....	240	2785.....	250	2859	78	2945	254
2700.....	240	2786.....	262	2860	192	2946	238, 337
2701.....	240	2788.....	250	2861	78	2947	238
2702.....	240	2790.....	255	2862	321	2948	336
2705.....	240	2791.....	255	2863	324	2949	336
2708.....	240	2792.....	255	2864	215	2950	337
2710.....	241	2793.....	255	2865	354	2952	372
2711.....	241	2796.....	256	2866	354	2953	326
2714.....	241	2797.....	256	2867	354	2954	312, 328
2715.....	241	2798.....	256	2868	354	2955	379
2716.....	365	2799.....	256	2875	309, 383	2956	98, 184
2717.....	365	2800.....	256	2876	85	2959	77
2718.....	241	2801.....	256	2877	85	2960	77
2719.....	241	2805.....	257	2878	85	2961	77
2721.....	241	2806.....	248	2880	365	2962	77
2722.....	241	2807.....	258	2881	365	2966	378
2725.....	241	2809.....	260	2882	365	2967	378
2726.....	241	2811.....	230	2883	365	2968	378
2730.....	241	2813.....	264	2884	365	2969	378
2731.....	241	2816.....	373	2885	365	2970	378
2732.....	241	2817.....	373	2886	366	2971	311
2733.....	241	2818.....	265	2887	366	2973	328
2734.....	242	2819.....	265	2888	366	2975	312

2976.....	312	3039.....	388	3106.....	390	3165.....	394
2977.....	330	3040.....	388	3107.....	390	3166.....	393
2978.....	330	3041.....	388	3108.....	390	3167.....	393
2979.....	99	3043.....	388	3109.....	390	3168.....	393
2980.....	378	3044.....	388	3110.....	390	3169.....	394
2981.....	378	3045.....	388	3111.....	390	3170.....	396
2982.....	378	3046.....	388	3112.....	390	3171.....	396
2983.....	309	3047.....	388	3113.....	390	3172.....	397
2984.....	310	3049.....	388	3114.....	390	3173.....	397
2985.....	302	3050.....	388	3115.....	390	3174.....	397
2986.....	302	3051.....	388	3116.....	390	3175.....	397
2987.....	305	3052.....	388	3117.....	390	3176.....	397
2988.....	310	3055.....	388	3118.....	390	3177.....	397
2989.....	309	3056.....	388	3119.....	390	3178.....	398
2990.....	312	3061.....	388	3120.....	390	3179.....	398
2991.....	313, 327	3062.....	388	3121.....	390	3180.....	398
2992.....	345	3063.....	388	3122.....	390	3181.....	394
2994.....	344	3065.....	389	3123.....	391	3183.....	391
2995.....	344	3066.....	389	3124.....	391	3184.....	391
2996.....	178	3067.....	389	3125.....	391	3185.....	391
2997.....	178	3069.....	389	3126.....	393	3186.....	391
2998.....	178	3071.....	389	3127.....	393	3187.....	391
2999.....	178	3073.....	389	3128.....	391	3188.....	369
3000.....	387	3074.....	389	3129.....	391	3189.....	369
3001.....	387	3077.....	389	3130.....	391	3196.....	397
3002.....	387	3078.....	389	3131.....	391	3197.....	397
3003.....	387	3079.....	389	3133.....	391	3198.....	398
3005.....	387	3080.....	389	3135.....	391	3201.....	396
3006.....	387	3081.....	389	3136.....	391	3202.....	392
3007.....	387	3082.....	389	3137.....	391	3206.....	391
3008.....	387	3083.....	389	3139.....	391	3207.....	391
3009.....	387	3084.....	389	3140.....	392	3212.....	401
3010.....	387	3085.....	389	3141.....	392	3213.....	393
3011.....	387	3086.....	389	3143.....	392	3214.....	388
3012.....	387	3087.....	389	3144.....	392	3215.....	389
3013.....	387	3088.....	389	3145.....	392	3216.....	389
3014.....	387	3089.....	389	3147.....	392	3217.....	389
3015.....	388	3090.....	389	3148.....	392	3218.....	389
3017.....	388	3091.....	389	3149.....	392	3219.....	389
3018.....	388	3092.....	389	3150.....	392	3220.....	390
3019.....	388	3093.....	389	3151.....	393	3221.....	390
3023.....	388	3094.....	389	3152.....	393	3222.....	390
3024.....	388	3095.....	389	3153.....	392	3223.....	391
3028.....	388	3096.....	389	3154.....	392	3224.....	390
3029.....	388	3097.....	389	3155.....	392	3225.....	391
3030.....	388	3098.....	389	3156.....	392	3226.....	395
3031.....	388	3099.....	389	3157.....	392	3227.....	396
3033.....	388	3100.....	389	3158.....	392	3228.....	395
3034.....	388	3101.....	389	3159.....	392	3229.....	388
3035.....	388	3102.....	389	3160.....	394	3230.....	393
3036.....	388	3103.....	389	3161.....	394	3231.....	398
3037.....	388	3104.....	389	3162.....	392	3232.....	387
3038.....	388	3105.....	389	3164.....	392	3233.....	387

3234.....	387	3288.....	403	3410 ...	393, 394, 395, 396	3601	399
3235.....	388	3289.....	403	3411 ...	393, 394, 395, 396	3602	399
3236.....	388	3291.....	402	3440	396	3603	399
3237.....	398	3293.....	401	3441	396	3604	399
3238.....	398	3294.....	401	3442	396	3605	399
3239.....	398	3295.....	401	3443	396	3606	399
3240.....	398	3296.....	401	3444	396, 397	3607	399
3241.....	399	3298.....	402	3445	396, 397	3608	399
3242.....	401	3299.....	402	3446	396, 397	3609	399
3243.....	401	3300.....	402	3447	396, 397	3610	399
3244.....	401	3301.....	402	3452	397, 398	3611	399
3245.....	401	3302.....	403	3453	397, 398	3612	399
3246.....	401	3303.....	403	3454	397, 398	3613	399
3247.....	401	3304.....	403	3455	397, 398, 399	3614	399
3248.....	402	3308.....	394	3456	397	3615	399
3249.....	402	3309.....	394	3457	397	3616	399
3250.....	402	3310.....	395	3458	397	3617	399
3251.....	402	3311.....	390	3459	397	3618	399
3252.....	402	3312.....	395	3464	397, 398	3619	399
3253.....	403	3315.....	403	3465	397, 398	3620	399
3254.....	403	3316.....	392	3466	397, 398	3621	399
3255.....	402	3317.....	392	3472	397, 398	3622	399
3256.....	403	3318.....	394	3473	398	3623	399
3257.....	403	3319.....	394	3474	398	3624	399
3258.....	402	3320.....	395	3475	398	3625	400
3259.....	402	3321.....	395	3476	398	3626	400
3260.....	402	3322.....	395	3477	398	3627	400
3261.....	402	3323.....	395	3478	398	3628	400
3262.....	402	3324.....	395	3479	398	3629	400
3264.....	402	3325.....	396	3484	397	3630	400
3265.....	402	3326.....	396	3485	397	3631	400
3266.....	402	3327.....	396	3486	397	3632	400
3267.....	402	3328.....	397	3487	397	3633	400
3268.....	402	3329.....	402	3500	396	3634	400
3269.....	402	3330.....	402	3501	396	3635	400
3270.....	402	3331.....	402	3502	396	3636	400
3271.....	402	3332.....	402	3503	396	3637	400
3272.....	403	3333.....	402	3504	398	3638	400
3273.....	403	3334.....	402	3505	398	3639	400
3274.....	403	3335.....	403	3506	398	3640	400
3275.....	403	3400.....	393, 394	3507	398	3641	400
3276.....	403	3401.....	393, 394	3508	398	3642	400
3277.....	403	3402.....	393, 394	3509	398	3643	400
3278.....	403	3403.....	393, 394	3510	398	3644	400
3279.....	403	3404.....	393, 394	3511	398	3645	400
3280.....	403	3405.....	393, 394	3516	398, 399	3646	400
3281.....	403	3406.....	393, 394	3517	398, 399	3647	400
3282.....	403	3407.....	393, 394	3518	398, 399	3648	400
3283.....	403	3408....	393, 394, 395, 396	3519	398, 399	3649	400
3284.....	403	3409....	393, 394, 395, 396	3600	399	3650	400
3285.....	403					3651	400
3286.....	401					3652	400
3287.....	402					3653	400

3654.....	400	4064.....	404	8010.....	293	8063.....	295
3655.....	400	4065.....	405	8011.....	293	8064.....	295
3656.....	400	4066.....	404	8012.....	293	8065.....	295
3657.....	400	4068.....	405	8013.....	293	8066.....	295
3658.....	400	4069.....	405	8014.....	293	8067.....	295
3659.....	400	4070.....	405	8015.....	293	8068.....	295
3660.....	400	4071.....	405	8016.....	293	8069.....	295
3661.....	401	4072.....	405	8017.....	293	8070.....	295
3662.....	401	4074.....	405	8018.....	293	8071.....	289
3663.....	401	4075.....	405	8019.....	293	8072.....	142
3664.....	401	4076.....	404	8020.....	294	8073.....	142
3665.....	401	4077.....	405	8021.....	294	8074.....	142
3666.....	401	4078.....	405	8022.....	294	8075.....	331, 383
3667.....	401	4079.....	405	8023.....	294	8076.....	319
3668.....	401	4080.....	405	8024.....	294	8077.....	319
3669.....	401	4081.....	405, 406	8025.....	294	8078.....	319
3670.....	401	4082.....	406	8026.....	294	8079.....	178
3671.....	401	4083.....	406	8027.....	294	8080.....	178
3672.....	401	4084.....	406	8028.....	294	8081.....	178
3673.....	401	4085.....	405	8029.....	294	8082.....	348
3674.....	401	4086.....	406	8030.....	292	8083.....	312
4011.....	404	4087.....	406	8031.....	292	8084.....	303
4012.....	404	4088.....	405	8032.....	292	8085.....	303
4013.....	404	4090.....	404	8033.....	292	8086.....	286, 290
4015.....	404	4091.....	405	8034.....	292	8087.....	286, 290
4016.....	404	4092.....	405	8035.....	292	8088.....	198
4017.....	404	4093.....	404	8036.....	294	8089.....	285
4018.....	404	4094.....	404	8037.....	294	8090.....	312
4019.....	404	4095.....	405	8038.....	294	8091.....	285
4029.....	404	4096.....	404	8039.....	294	8092.....	285
4030.....	404	4097.....	404	8040.....	294	8094.....	315, 317
4031.....	404	4098.....	406	8041.....	294	8095.....	324
4036.....	405	4099.....	406	8042.....	294	8096.....	321
4037.....	405	4100.....	406	8043.....	294	8097.....	321
4038.....	405	4101.....	406	8044.....	294	8098.....	324
4039.....	405	4102.....	391, 404	8045.....	294	8099.....	319
4040.....	405	4103.....	405	8046.....	294	8100.....	373
4042.....	404	4104.....	406	8047.....	294	8101.....	121
4045.....	405	4105.....	406	8048.....	294	8104.....	126
4047.....	406	4106.....	404	8049.....	294	8105.....	126
4048.....	406	4107.....	404	8050.....	294	8106.....	126
4049.....	406	4108.....	405	8051.....	294	8107.....	122
4050.....	406	4109.....	405	8052.....	294	8108.....	129
4051.....	406	4110.....	405	8053.....	294	8109.....	123
4052.....	406	8000.....	292	8054.....	294	8110.....	128
4053.....	406	8001.....	292	8055.....	294	8111.....	150
4055.....	406	8002.....	293	8056.....	294	8112.....	149
4056.....	406	8003.....	293	8057.....	294	8113.....	124
4058.....	406	8004.....	293	8058.....	294	8114.....	302
4060.....	404	8005.....	293	8059.....	295	8116.....	123, 204
4061.....	406	8006.....	293	8060.....	295	8117.....	97
4062.....	404	8007.....	293	8061.....	295	8118.....	326
4063.....	405	8008.....	293	8062.....	295	8119.....	104

8120.....	301	8171.....	384	8227.....	239	8298.....	247
8121.....	153	8172.....	384	8228.....	239	8299.....	247
8122.....	304	8173.....	328	8229.....	240	8300.....	247
8123.....	304	8176.....	328	8230.....	240	8301.....	205
8124.....	304	8177.....	328	8231.....	240	8302.....	167
8125.....	220, 289	8178.....	236	8232.....	240	8303.....	171
8126.....	381	8179.....	236	8233.....	240	8304.....	183
8127.....	314	8180.....	236	8234.....	240	8305.....	191
8128.....	403	8181.....	178	8235.....	240	8306.....	202
8129.....	384	8182.....	175	8236.....	240	8307.....	215
8130.....	295	8183.....	175	8237.....	241	8308.....	196
8131.....	285	8184.....	236	8238.....	241	8309.....	174
8132.....	93	8185.....	236	8239.....	241	8310.....	210
8133.....	93	8186.....	236	8240.....	242	8311.....	210
8134.....	93	8187.....	236	8241.....	211	8312.....	210
8135.....	168, 188, 199, 269	8188.....	236	8242.....	210	8313.....	210
8136.....	168, 188, 199, 269	8189.....	236	8245.....	210	8314.....	210
8137.....	300	8190.....	236	8246.....	211	8315.....	212
8138.....	323	8191.....	236	8248.....	241	8316.....	212
8139.....	311	8192.....	236	8249.....	241	8317.....	212
8140.....	188	8193.....	236	8251.....	321, 328	8318.....	212
8141.....	163	8194.....	236	8252.....	242	8319.....	212
8142.....	163	8195.....	236	8253.....	242	8320.....	149
8143.....	163	8196.....	237	8254.....	242	8321.....	149
8144.....	162	8197.....	237	8255.....	242	8322.....	149
8145.....	303	8198.....	237	8256.....	242	8323.....	139
8146.....	281	8199.....	237	8257.....	242	8324.....	139
8147.....	379	8200.....	237	8258.....	242	8325.....	139
8148.....	379	8201.....	237	8259.....	246	8326.....	139
8149.....	379	8202.....	237	8260.....	247	8327.....	141
8150.....	379	8203.....	237	8271.....	99	8328.....	247
8151.....	379	8204.....	237	8276.....	242	8329.....	247
8152.....	379	8205.....	237	8277.....	243	8330.....	247
8153.....	379	8206.....	237	8278.....	243	8331.....	247
8154.....	379	8207.....	237	8279.....	243	8332.....	248
8155.....	381	8208.....	238	8280.....	243	8333.....	248
8156.....	280	8209.....	238	8281.....	243	8334.....	248
8157.....	280	8210.....	238	8282.....	243	8336.....	381
8158.....	370	8211.....	193	8283.....	243	8339.....	322
8159.....	370	8212.....	193	8284.....	243	8340.....	322
8160.....	370	8213.....	193	8285.....	244	8341.....	321
8161.....	133, 159, 163	8214.....	191	8286.....	244	8342.....	213
8162.....	133, 159, 164	8215.....	194	8287.....	244	8343.....	213
8163.....	362	8216.....	194	8288.....	244	8344.....	212
8164.....	235	8218.....	238	8289.....	244	8347.....	212
8165.....	235	8219.....	239	8290.....	244	8348.....	249
8166.....	235	8220.....	239	8291.....	244	8349.....	249
8167.....	235	8221.....	239	8292.....	246	8350.....	153
8168.....	235	8222.....	239	8293.....	246	8351.....	153
8169.....	235	8223.....	239	8294.....	247	8352.....	154
8170.....	236	8224.....	239	8295.....	247	8353.....	154
		8225.....	239	8296.....	247	8354.....	154
		8226.....	239	8297.....	247	8355.....	154

8356.....	154	8416.....	249	8471	252	8634	101
8357.....	154	8418.....	249	8472	252	8635	102
8358.....	255	8419.....	248	8473	253	8636	102
8359.....	255	8420.....	219	8474	253	8637	102
8360.....	217	8421.....	219	8475	253	8638	102
8361.....	217	8422.....	219	8476	253	8639	102
8363.....	217	8423.....	219	8477	253	8640	102
8364.....	217	8424.....	219	8478	253	8641	102
8365.....	217	8425.....	219	8479	253	8642	102
8366.....	217	8426.....	219	8481	253	8643	102
8367.....	217	8427.....	219	8483	253	8644	102
8368.....	217	8428.....	219	8484	253	8645	102
8369.....	217	8429.....	219	8485	253	8646	102
8370.....	217	8430.....	219	8486	253	8647	103
8371.....	217	8431.....	220	8487	253	8648	103
8372.....	217	8432.....	220	8488	253	8649	103
8373.....	217	8433.....	220	8489	253	8650	103
8374.....	217	8434.....	220	8490	253	8651	103
8375.....	218	8435.....	220	8491	253	8652	103
8376.....	218	8436.....	220	8492	253	8654	102
8377.....	218	8437.....	220	8494	253	8655	102
8378.....	218	8438.....	220	8495	253	8660	101
8379.....	218	8439.....	220	8496	255	8661	101
8380.....	218	8440.....	220	8497	255	8662	101
8381.....	218	8441.....	220	8498	255	8663	101
8382.....	218	8442.....	252	8499	255	8664	101
8383.....	218	8443.....	252	8500	255	8665	102
8384.....	218	8444.....	252	8550	168, 193	8666	102
8385.....	218	8445.....	252	8600	321	8667	102
8386.....	218	8446.....	252	8601	322	8668	102
8387.....	218, 326	8447.....	252	8602	322	8669	102
8388.....	248	8448.....	252	8603	320	8670	102
8389.....	248	8449.....	262	8604	319	8671	102
8390.....	248	8450.....	250	8605	216	8672	102
8391.....	248	8451.....	251	8606	216	8673	102
8392.....	248	8452.....	251	8607	316	8674	102
8393.....	248	8453.....	251	8609	316	8675	102
8394.....	249	8454.....	251	8610	316	8676	102
8395.....	249	8455.....	251	8611	316	8677	103
8396.....	249	8456.....	251	8612	317	8678	103
8397.....	249	8457.....	251	8613	315, 316	8679	103
8398.....	256	8458.....	251	8622	316, 317	8680	103
8399.....	256	8459.....	251	8623	320	8681	103
8400.....	264	8460.....	251	8624	324	8682	103
8401.....	264	8461.....	251	8625	301	8684	102
8405.....	249	8462.....	251	8626	301	8685	102
8406.....	249	8463.....	251	8627	318	8690	256
8407.....	249	8464.....	251	8628	320	8691	256
8408.....	249	8465.....	251	8629	177	8692	257
8409.....	249	8466.....	251	8630	101	8693	257
8410.....	249	8467.....	251	8631	101	8694	257
8411.....	249	8468.....	251	8632	101	8695	257
8415.....	249	8469.....	251	8633	101	8696	257

8697.....	257	8752.....	266	8818.....	272	8873.....	268
8698.....	257	8753.....	267	8819.....	272	8874.....	268
8699.....	257	8754.....	267	8820.....	272	8875.....	268
8700.....	327	8755.....	267	8821.....	272	8876.....	349
8701.....	325	8756.....	267	8822.....	272	8877.....	277
8702.....	325	8757.....	267	8823.....	272	8878.....	296
8703.....	325	8758.....	267	8824.....	272	8879.....	299
8704.....	218, 326	8759.....	267	8825.....	272	8880.....	300
8705.....	331	8760.....	158	8826.....	272	8889.....	106
8706.....	176	8763.....	158	8827.....	272	8894.....	269
8707.....	325	8764.....	158	8828.....	272	8895.....	269
8708.....	265	8765.....	158	8829.....	273	8896.....	270
8709.....	265	8766.....	158	8830.....	273	8897.....	270
8710.....	265	8767.....	158	8831.....	273	8898.....	106
8711.....	266	8768.....	158	8832.....	273	8899.....	106
8712.....	266	8769.....	159	8833.....	273	8900.....	361
8713.....	266	8770.....	159	8834.....	273	8901 ...	140, 148, 151,
8714.....	266	8771.....	261	8835.....	273	155, 158, 161,	
8715.....	131	8772.....	261	8836.....	273	166, 170, 173,	
8717.....	104	8774.....	261	8837.....	273	182, 185, 195,	
8718.....	104	8775.....	261	8838.....	273	201, 210, 212,	
8719.....	104	8777.....	261	8839.....	273	214, 221, 224	
8720.....	130	8778.....	261	8840.....	273	8902.....	258
8721.....	141	8779.....	261	8841.....	274	8903.....	258
8722.....	150	8780.....	261	8842.....	274	8904.....	258
8723.....	152	8781.....	261	8843.....	274	8905.....	258
8724.....	156	8782.....	261	8844.....	274	8906.....	258
8725.....	162	8783.....	261	8845.....	274	8907.....	258
8727.....	171	8784.....	261	8846.....	274	8908.....	258
8728.....	174	8785.....	261	8848.....	274	8909.....	258
8729.....	179	8786.....	261	8849.....	274	8910.....	258
8730.....	184	8787.....	261	8850.....	274	8911.....	259
8731.....	186	8788.....	261	8851.....	274	8912.....	259
8732.....	192	8789.....	261	8852.....	274	8913.....	259
8733.....	196	8790.....	261	8853.....	275	8914.....	259
8734.....	202	8792.....	236	8854.....	275	8915.....	259
8735.....	206	8793.....	236	8855.....	275	8916.....	259
8736.....	211	8794.....	236	8856.....	275	8917.....	259
8737.....	213	8795.....	248	8857.....	275	8918.....	259
8738.....	215	8796.....	248	8858.....	275	8919.....	259
8739.....	165	8797.....	251	8859.....	275	8920.....	260
8740.....	159	8798.....	254	8860.....	275	8921.....	260
8741.....	256	8799.....	263	8861.....	275	8922.....	260
8742.....	256	8800.....	321	8862.....	275	8923.....	260
8743.....	256	8807.....	207	8863.....	275	8924.....	260
8744.....	256	8810.....	272	8864.....	275	8925.....	260
8745.....	256	8811.....	272	8865.....	275	8926.....	260
8746.....	256	8812.....	272	8866.....	275	8927.....	260
8747.....	98	8813.....	272	8868.....	276	8928.....	260
8748.....	268	8814.....	272	8869.....	276	8929.....	260
8749.....	268	8815.....	272	8870.....	276	8930.....	260
8750.....	335	8816.....	272	8871.....	276	8931.....	261
8751.....	266	8817.....	272	8872.....	276	8932.....	284

8933.....	347	9000.....	196	9055.....	336	9109.....	340
8934.....	262	9001.....	172, 197	9056.....	336	9110.....	340
8935.....	262	9002.....	172, 197	9057.....	336	9111.....	340
8936.....	262	9003.....	172, 197	9058.....	336	9112.....	341
8937.....	262	9004.....	172, 197	9059.....	336	9113.....	341
8938.....	262	9005.....	172, 197	9061.....	337	9114.....	341
8939.....	262	9006.....	172, 197	9062.....	337	9115.....	341
8940.....	262	9007.....	172, 197	9063.....	337	9116.....	341
8942.....	262	9008.....	199	9064.....	337	9117.....	341
8943.....	262	9009.....	199	9065.....	337	9118.....	341
8944.....	262	9010.....	199	9066.....	337	9119.....	341
8945.....	262	9011.....	327	9067.....	337	9120.....	341
8946.....	262	9012.....	152	9068.....	337	9121.....	341
8947.....	263	9013.....	153	9069.....	337	9122.....	342
8948.....	263	9014.....	153	9070.....	337	9123.....	342
8949.....	263	9015.....	325	9071.....	337	9124.....	342
8950.....	372	9016.....	325	9072.....	337	9125.....	342
8951.....	187	9017.....	327	9073.....	337	9126.....	342
8953.....	181	9018.....	327	9074.....	338	9127.....	342
8954.....	181	9019.....	327	9075.....	338	9128.....	342
8955.....	372	9020.....	327	9076.....	338	9129.....	342
8956.....	264	9021.....	327	9077.....	338	9130.....	342
8957.....	301	9022.....	328	9078.....	338	9131.....	342
8958.....	264	9023.....	328	9079.....	338	9132.....	342
8959.....	264	9024.....	328	9080.....	338	9133.....	342
8960.....	264	9025.....	328	9081.....	338	9134.....	342
8961.....	264	9026.....	328	9082.....	338	9135.....	342
8962.....	264	9027.....	332	9083.....	338	9136.....	342
8963.....	264	9028.....	329	9084.....	339	9137.....	343
8964.....	264	9029.....	176	9085.....	339	9138.....	343
8965.....	264	9032.....	333	9086.....	339	9139.....	343
8966.....	264	9033.....	333	9087.....	339	9140.....	343
8967.....	108, 264	9034.....	333	9088.....	339	9141.....	167
8968.....	264	9035.....	333	9089.....	339	9142.....	128
8969.....	265	9036.....	334	9090.....	339	9143.....	128
8970.....	109	9037.....	334	9091.....	339	9144.....	188
8971.....	109	9038.....	335	9092.....	339	9145.....	204
8972.....	109	9039.....	335	9093.....	339	9146.....	204
8973.....	109	9040.....	335	9094.....	339	9147.....	307
8974.....	109	9041.....	335	9095.....	339	9148.....	123
8975.....	108	9042.....	335	9096.....	339	9149.....	123
8977.....	108	9043.....	335	9097.....	339	9150.....	123
8978.....	108	9044.....	335	9098.....	340	9151.....	123
8982.....	374	9045.....	335	9099.....	340	9152.....	324
8985.....	122	9046.....	335	9100.....	340	9153.....	290
8987.....	107	9047.....	335	9101.....	340	9154.....	361
8988.....	107	9048.....	335	9102.....	340	9155.....	361
8989.....	107	9049.....	335	9103.....	340	9158.....	93
8990.....	107	9050.....	335	9104.....	340	9159.....	93
8991.....	107	9051.....	336	9105.....	340	9160.....	93
8992.....	107	9052.....	336	9106.....	340	9193.....	133
8997.....	107	9053.....	336	9107.....	340	9194.....	133
8998.....	108	9054.....	336	9108.....	340	9195.....	133

9196.....	133	9254.....	249	9307.....	257	9374.....	224
9197.....	133	9255.....	249	9308.....	257	9375.....	224
9200.....	148	9256.....	249	9309.....	257	9376.....	224
9203.....	148	9257.....	249	9310.....	257	9377.....	225
9204.....	148	9258.....	249	9311.....	257	9378.....	225
9205.....	148	9259.....	249	9312.....	257	9380.....	304
9206.....	148	9260.....	250	9313.....	257	9381.....	304
9207.....	149	9261.....	250	9314.....	257	9382.....	304
9208.....	149	9262.....	250	9315.....	258	9383.....	304
9209.....	149	9263.....	250	9316.....	258	9384.....	304
9210.....	291	9264.....	250	9317.....	258	9385.....	208
9211.....	291	9265.....	251	9318.....	258	9386.....	208
9212.....	291	9266.....	251	9319.....	258	9387.....	159
9213.....	291	9267.....	251	9320.....	258	9388.....	328
9214.....	291	9268.....	251	9321.....	258	9389.....	208
9215.....	291	9269.....	251	9322.....	261	9390.....	208
9216.....	291	9270.....	251	9323.....	261	9391.....	198
9217.....	291	9271.....	251	9324.....	261	9392.....	211
9218.....	291	9272.....	252	9325.....	261	9393.....	213
9219.....	291	9273.....	252	9326.....	262	9394.....	221
9220.....	291	9274.....	252	9327.....	262	9395.....	221
9221.....	292	9275.....	252	9328.....	262	9396.....	221
9222.....	292	9276.....	252	9329.....	264	9397.....	221
9223.....	292	9277.....	252	9330.....	265	9398.....	222, 225
9224.....	292	9278.....	252	9331.....	265	9399.....	221
9225.....	292	9279.....	252	9332.....	267	9400.....	221
9226.....	292	9280.....	252	9333.....	274	9401.....	221
9227.....	292	9281.....	252	9334.....	275	9402.....	222
9228.....	292	9282.....	252	9335.....	244	9403.....	222
9229.....	292	9283.....	253	9336.....	258	9404.....	222
9230.....	292	9284.....	253	9337.....	264	9410.....	136
9231.....	291	9285.....	254	9338.....	264	9411.....	137
9233.....	239	9286.....	254	9341.....	295	9412.....	143
9234.....	240	9287.....	254	9342.....	295	9413.....	143
9235.....	240	9288.....	254	9343.....	286	9414.....	144
9236.....	241	9289.....	254	9344.....	286	9415.....	144
9237.....	241	9290.....	254	9345.....	289	9416.....	144
9238.....	242	9291.....	254	9346.....	289	9417.....	145
9239.....	243	9292.....	254	9347.....	289	9418.....	145
9240.....	243	9293.....	254	9349.....	207	9419.....	145
9241.....	243	9294.....	254	9350.....	208	9420.....	145
9242.....	246	9295.....	255	9351.....	208	9421.....	145
9243.....	247	9296.....	255	9352.....	208	9422.....	145
9244.....	247	9297.....	255	9353.....	209	9423.....	146
9245.....	247	9298.....	255	9354.....	209	9424.....	146
9246.....	247	9299.....	255	9355.....	209	9425.....	146
9247.....	247	9300.....	255	9356.....	183, 233	9426.....	146
9248.....	247	9301.....	256	9357.....	183, 233	9427.....	146
9249.....	247	9302.....	256	9369.....	225	9428.....	146
9250.....	248	9303.....	256	9370.....	224	9432.....	144
9251.....	248	9304.....	257	9371.....	224	9433.....	145
9252.....	249	9305.....	257	9372.....	224	9434.....	146
9253.....	249	9306.....	257	9373.....	224	9435.....	355

9436.....	355	9450.....	366	9472	263	9486	265
9437.....	358	9451.....	367	9473	263	9487	265
9438.....	349, 358	9452.....	367	9474	263	9488	270
9439.....	361	9453.....	367	9475	263	9489	270
9440.....	361	9454.....	367	9476	264	9490	270
9441.....	361	9455.....	367	9477	264	9491	270
9442.....	362	9456.....	367	9478	264	9492	270
9443.....	366	9457.....	367	9479	264	9493	271
9444.....	366	9458.....	345	9480	264	9494	271
9445.....	366	9459.....	345	9481	264	9495	271
9446.....	366	9460.....	345	9482	264	9496	271
9447.....	366	9461.....	345	9483	265		
9448.....	366	9470.....	263	9484	265		
9449.....	366	9471.....	263	9485	366		

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. que le médecin 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 dispensés. Les médecins 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 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 d'assurance-maladie les services dispensés.

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

- que le médecin 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 si le médecin 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 que le médecin 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 que le médecin 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 une préférence d'utiliser le système de Facturation à l'Assurance-maladie (FAM), l'Assurance-maladie 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 une préférence d'utiliser le système de Facturation à l'Assurance-maladie (FAM), les précisions sera donner pendant l'appel 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, le médecin 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 doivent être révisées 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, le médecin 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.

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 <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/medicare-assurancemaladie/RequestPriorApproval-DemandeApprobationPrealable.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, le médecin 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 : <https://lois.gnb.ca/fr/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.

2.2 Appels interjetés par les bénéficiaires

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'acupuncture;*
- 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 : [Assurance-maladie \(gnb.ca\)](http://Assurance-maladie.gnb.ca)

Section 6 : Formulaires

Consultez le site Web de l'Assurance-maladie : [Assurance-maladie \(gnb.ca\)](http://Assurance-maladie.gnb.ca)

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, doit inclure :
 - rapports de pathologie (le cas échéant).
 - le nom du chirurgien principal, de l'assistant et du collaborateur (le cas échéant)
 - le nom de l'anesthésiste (le cas échéant) et le type d'anesthésie utilisé (sédation générale, locale ?)
 - Diagnostic pré et post opératoire
- Pour les codes qui indiquent le moment de la journée; i.e. toutes les visites fournies dans un bureau, y compris les soins virtuels, les 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).

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 d'assurance-maladie.

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 de l'assurance-maladie, les demandes de paiement de spécialistes pour une première visite en cabinet non référé avec un examen complet ne sera autorisée qu'une fois par période de 365 jours pour le même patient. De plus, une première visite en cabinet non référée avec examen complet ou consultation ne peut être réclamée si l'un ou l'autre des services a été payé dans les 30 jours l'un de l'autre pour le même diagnostic ou un diagnostic connexe.

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 familiale 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 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 familiale 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 physiothérapie 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 électrophysiologistes 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. 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 familiale qui effectue le transfert, et les honoraires d'accouchement sont payables au spécialiste.
- Lorsque les complications nécessitent un accouchement par césarienne, le médecin familiale 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 le médecin 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 en cabinet non référé avec 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 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 ne sera pas payée en plus d'une admission à l'hôpital lorsqu'elle est effectuée au cours de la même consultation à l'hôpital par le même praticien. Cependant, 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 dispensés 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.

Le médecin 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 mentionnées ou ailleurs dans le Manuel avec des codes précis, vous pouvez présenter une demande a fin qu'elles fassent l'objet d'une attention particulière. Voir [chapitre 3, section 1.2](#), pour connaître les définitions d'une visite et d'une consultation.*

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

Les honoraires de visite s'appliquent aux services suivants :

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

a) Visite en cabinet – Services dispensés dans le cabinet du médecin (à l'exclusion des actes spéciaux, des consultations, etc.).


i. Première

Lors d'une nouvelle maladie ou d'une maladie prolongée pour laquelle le médecin n'a pas dispensé de service au cours des 30 jours précédents.

ii. Subséquent

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 deuxième 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.
- Fourni 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 continuité des soins du patient.
- 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.

Chapitre 3: Préambule général

Documentation nécessaire pour prouver l'aiguillage

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

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

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

Documentation nécessaire dans le rapport de consultation

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

La documentation doit inclure les éléments suivants :

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

Nota : Il incombe au médecin de tenir des dossiers cliniques adéquats qui supportent le service réclamé lors de l'utilisation de logiciels de dossiers médicaux électroniques 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 referé à un spécialiste pour consultation et retourné au médecin orienteur pour la continuité 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 continuité 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 le médecin 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, le médecin 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 des conditions qui varient considérablement en fonction du temps, 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 des médecins* sont les tarifs maximaux ordinaires sur lesquels les paiements de l'Assurance-maladie sont fondés. Dans les cas où des circonstances exceptionnelles justifient des honoraires supérieurs à ceux normalement payables selon le Cahier des tarifs, les médecins doivent soumettre une demande de paiement pour « considération spéciale » et :

- soumettre leur demande de paiement en indiquant le code approprié;
- demander une considération spéciale et soumettre les honoraires demandés;

- fournir les documents à l'appui.

1.2.11 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.

Chapitre 3: Préambule général

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

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

Une liste principale numérique des nouveaux services en suspens sera maintenue par le ministère de la Santé et mise à jour après chaque réunion du Comité des nouveaux services. La liste principale comprendra le nouveau service demandé, la date de la demande, la section qui a fait la demande de nouveau service, le médecin qui a soumis la demande, le nom de l'agent de liaison de la section, les notes de discussion sur le nouveau service de la réunion du sous-comité et la durée estimée de l'intervention/service. Toute note 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.

Chapitre 3: Préambule général

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)	1,57 \$	01/04/22
Unité d'anesthésie (I et Z)	\$19.09 \$	01/04/22
Assistance chirurgicale	1,56 \$	01/04/22
Chirurgie cardiaque	1,14 \$	01/04/11
Chirurgie générale	1,31 \$	01/04/17
Chirurgie orthopédique	1,37 \$	01/04/22
Chirurgie plastique	1,56 \$	01/04/22
Chirurgie Toracique	1,31 \$	01/04/22
Chirurgie Vasculaire	1,31 \$	01/04/21
Clinique sans rendez-vous	1,05 \$	01/04/10
Dermatologie	1,49 \$	01/04/11
Médecine de laboratoire (Anatomie pathologique, Pathologie générale, Microbiologie médicale)	1,15 \$	01/04/22
Médecine fœtale	1.38 \$	01/04/17
Médecine Familiale	1,54 \$	01/04/19
Médecine interne (Gériatrie, Radiologie oncologique, Oncologie médicale)	1,15\$	01/04/22
Médecine interne générale	1,24\$	01/04/22
Médecine nucléaire	1,41 \$	01/04/22
Spécialité non agréée (75% du tarif pour spécialité agréée)	1,06 \$	01/04/22
Médecine d'urgence	1,54 \$	01/04/19
Neurologie	1,51 \$	01/04/22
Neurochirurgie	2,28 \$	01/04/14
Obstétrique et gynécologie	1,42 \$	01/04/22
Ophtalmologie	1,19 \$	01/04/17
Oto-laryngologie	1,25 \$	01/04/22
Pédiatrie	1,47 \$	01/04/19
Pneumologie	1,61 \$	01/04/22
Physiatrie et réadaptation	1,89 \$	01/04/22
Psychiatrie	1,35 \$	01/04/22
Radiologie diagnostique	1,34 \$	01/04/10
Spécialité non agréée (75% du tarif pour spécialité agréée)	1,01 \$	01/04/10
Rhumatologie	1,37 \$	01/04/22
Urologie	1,28 \$	01/04/22
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 tous les services rendus. Les spécialistes non agréés doivent facturer les codes de service de consultation et de visite, conformément à la Section de la médecine familiale du Manuel.*

1.6 Rémunération à la vacation

Spécialité	Tarifs par heure	Date d'effet
Général – vacation	148,11 \$	01/04/22
Obstétrique/Anesthésie	190,90 \$	01/04/22
Médecine d'urgence hopitaux régionaux	241,58 \$	01/04/23
Médecine d'urgence hopitaux non-régionaux	225,86\$	01/04/23
Médecine Familiale (urgence)	205,32 \$	01/04/19
Psychiatrie	158,50 \$	01/04/22

☞ *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 des médecins* portent une lettre-code (A, B, C ou D) sous l'en-tête « Liste ». Voici la signification de ces lettres-codes :

- « A » Indique un acte de la liste A. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectuées le même jour, mais pas le jour où des actes chirurgicaux sont effectués par le même médecin. Ces actes sont payables à 75 % avec d'autres actes des listes A ou B effectués le même jour.
- « B » Indique un acte de la liste B. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectuées le même jour, ou d'actes chirurgicaux dont ils ne font pas normalement partie. S'ils sont suivis d'une chirurgie par le même médecin le même jour, ils sont payés à 75 % du tarif normal.
- « C » Indique des actes qui sont non payables, sauf indication contraire dans le Manuel des Médecins, s'ils sont effectués le même jour qu'une visite ou une consultation. Toutefois, les soins pré et postopératoires sont payables en supplément. Les exceptions à cette règle sont : les actes spéciaux en ophtalmologie et en audiométrie ainsi que les frais de fournitures médicales.
- « D » Indique les actes chirurgicaux comportant des restrictions concernant le paiement des honoraires des soins pré et post opératoires.

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

Abréviations

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

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

CHAPITRE 4 : ÉLÉMENTS COMMUNS À TOUS LES MÉDECINS**Section 1 : Services non-assurés****1.1 Médecine industrielle et de santé publique ou autres services à la demande d'un organisme public.**

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

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

1.2 Prélèvements sanguins pour alcoolémie et documentation à la demande du ministère de la Justice et de la Consommation.**1.2.1 Honoraires de visite et d'examen**

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

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

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

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

1.2.2 Prélèvements sanguins et documentation

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

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

1.2.3 Surveillance exclusive

Retard entraînant la présence obligatoire d'un médecin au-delà d'une demi-heure, sans rapport avec les soins au patient, par tranche de 15 minutes 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	56
Patient additionnel en cabinet	2858	31
Patient additionnel ailleurs.....	2859	24
De nuit et en fin de semaine.....	2856	82
Patient additionnel	2861	43

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
- m) Journée nationale de la vérité et de la réconciliation

Lorsque le jour de l’An, la fête du Canada, la journée National pour la vérité et la réconciliation 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	91
Premier patient – visite spéciale à partir du cabinet sur place.....	2925	27
Patient additionnel	2021	27

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	43		
Premier patient soigné dans un hôpital sans service sur place	2854	99		
Médecin se déplaçant de son cabinet sur place.....	2926	43		
Patient additionnel, tout hôpital	2832	32		

☞ *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	28		
--	-----	----	--	--


☞ *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 %, 75 % ou de 100% 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 35

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	13
--	------	----

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 *125 % 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 sont définis comme des services qui doivent être exécutés sans délai en raison de l'état de santé du patient., y compris les césariennes non électives. Cela inclut également les interventions chirurgicales non urgentes effectuées après les heures normales de travail, en raison du manque de temps ou de ressources disponibles dans la salle d'opération pendant la journée, qui doivent être facturées en vertu d'exemption de la prochaine heure de salle d'opération disponible (ORTE) (les praticiens doivent sélectionner « ORTE » sur la soumission électronique de leur demande de paiement).

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»](#)]

☞ *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 + 125 % ou 30U minimum = Total
9	CS et prime d’urgence après les heures – de minuit à 6 h 59	Honoraires pour CS + 125 % 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 + 125 % 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 TARSIENS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2724	CALCANÉUM, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2729	CHEVILLE, MALLÉOLE INTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE

Code	Description du code
2731	CHEVILLE, MALLÉOLE EXTERNE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2737	PÉRONÉ, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2740	TIBIA (AVEC OU SANS) LE PÉRONÉ, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2742	ROTULE, SANS RÉDUCTION
2748	FÉMUR, FRACTURE TRANSCONDYLIENNE OU DU CORPS, RÉD. ORTHO.
2749	FÉMUR, FRACTURE TRANSCONDYLIENNE OU DU CORPS, RÉD. ORTHO.
2752	FÉMUR, FRACT. INTERTROCHANTÉRIENNE OU DU COL, RÉD. ORTHO.
2757	TRONC, PELVIS, UN OU PLUSIEURS OS, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2759	TRONC, DISLOCATION DE L'ACÉTABULUM, RÉD. ORTHO.
2779	ARTICULATIONS, ORTEIL, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2781	ARTICULATIONS, CHEVILLE, RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
2784	ARTICULATIONS, HANCHE, LUXATION CONG., RÉD. ORTHO. 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 payables 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 suivants 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, 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	157
Chez un patient déjà admis au programme	205	131
Visite d’urgence	206	157
Visite à domicile pour prodiguer des soins palliatifs extra-muraux		
Chez un patient déjà admis au programme	847	131
Visite d’urgence	848	157
Patient additionnel, admis ou non, examiné lors d’une visite à domicile	208	30
Visite (autre que visite à domicile) avec admission au programme.....	209	41
Kilométrage, par km à l’extérieur d’un rayon de 5 km.....	207	2

☞ *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	16
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	21
Concernant deux patients ou plus	196	27

☞ *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 28

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 28

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	67
Patient additionnel, toute visite à domicile	5	32

☞ *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 %)

Référez à la liste suivant pour les codes de service (Colonne A)

Codes de service non payable avec une intervention ou une visite (13 unités)

Maximum d'un (1)

Référez 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 doivent être indiqués 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 une intervention ou une 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, HAEMOPHILUS INFLUENZAE 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

			<ul style="list-style-type: none"> • ENGERIX-B PEDIATRIC • ENGERIX-B ADULT
8635	8665	HAEMOPHILUS INFLUENZAE 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
8654	8684	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 15-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 15
8655	8685	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 20-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 20
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 RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE), POLIO INACTIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> • ADACEL-POLIO • BOOSTRIX-POLIO
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 télémédecine se limite aux services fournis dans les établissements reconnus par le ministère de la Santé.

Les services de télémédecine doivent être facturés en fonction des codes et des tarifs actuels, à condition que les services puissent être fournis au moyen des techniques décrites ci-dessus. Tous les services doivent être conformes aux règlements énoncés dans le *Manuel du médecin*.

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

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

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 de déplacement/télémédecine – 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 de déplacement/télémédecine – Consultation, 1^{er} patient, en supplément 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 rémunéré 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	229
Rotations des groupes de spécialité (RAA et salariés)	8990	229
Rotations dans les foyers de soins	8991	170
Rotations dans les prisons provinciales	8992	229

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	229
---	------	-----

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 est 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	229
--	------	-----

- ☞ *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 Familiale– 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 facturé 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 facturé 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 facturé 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 des rotations du service de garde autorisées, une seule rotation peut être facturée, indépendamment au nombre de rotations couvertes par un médecin au cours de la 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

(hôpital 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^I-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 hospitalisés.

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 obstétricaux 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 171.70 \$ jusqu'au 31 mars, 2023, 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), le médecin 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 lorsque le médecin 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, le médecin 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 familiale, y compris les services dans les hôpitaux non régionaux, de MF en toxicomanie, de MF en obstétrique ou gynécologie, de MF en matière d'agression sexuelle, de soins palliatifs, de MF 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 FAMILIALE (MF)	T	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	C
MF – SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES	TA	OPHTALMOLOGIE	L
MF – HOSPITALISTES	TH	CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE	DB
MF – PRISONS	TJ	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	E
MF – MÉTHADONE	TM	OTOLARYNGOLOGIE – CHIRURGIE TÊTE ET COU	F
MF – NOUVEAU-NÉS	TN	PATHOLOGIE	N
MF – ASSISTANTS DE SALLE D'OPÉRATION	TO	NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE	DJ
MF – OBSTÉTRIQUE	TC	PSYCHIATRIE PÉDIATRIQUE	KC
MF – SOINS PALLIATIFS	TP	PÉDIATRIE	D
MF – 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 Le médecin 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 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 familiale**

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 familiale lorsqu'un service est offert dans le contexte d'une pratique familiale communautaire, laquelle est définie comme une pratique où le médecin conserve le dossier complet du patient dans lequel le code de service 1 est inscrit 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	32
--	---	----

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 **65** ans ou plus présentant des pathologies multiples, y compris la révision du régime médicamenteux, au besoin.

	8101	9
--	------	---

 *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.*

Visite pour soins aux patients complexes – en supplément	8985	9
---	------	---

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8985 est facturable en supplément avec le code de service 1 seulement. Afin de facturer le code de service 8985, chaque patient doit avoir des diagnostics confirmés de deux des maladies complexes suivantes. Le code de service 8985 n'est pas payable en plus du code de service 8101.*

- Diabète
- Insuffisance cardiaque congestive
- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Démence
- Soins palliatifs
- Obésité (IMC > 40)
- Hypertension artérielle
- Syndrome de douleur chronique

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Une fois que des pathologies multiples ont été diagnostiquées, le code de service 8985 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 les informations suivantes :**
 - **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 pas 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 32

☞ *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

ImplantationC 9148 34
RetraitC 9149 70

Implants dépendance aux opioïdes

ImplantationC 9150 34
RetraitC 9151 70

Programme de gestion des maladies chroniques

Gestion de la diabète chronique 8109 55

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 familiale 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 familiale ou omnipraticiens admissibles recevront une prime de base tous les ans pour chaque patient diabétique que les médecins 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) 8113 40

Indicateurs obligatoires

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 que les médecins 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.

Soins médicaux complexes – visite de groupe

Par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci..... 8986 32

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8986 peut être facturé pour la gestion en groupe des cas de maladie complexe. Cela nécessite de donner une consultation à au moins deux patients en même temps. Afin de facturer le code de service 8986, chaque patient doit avoir au moins une des maladies complexes suivantes. Le médecin doit être présent pour la totalité du temps facturé. La totalité du temps 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.**

- Diabète
- Insuffisance cardiaque congestive
- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Hypercholestérolémie

Codes relatifs à la pratique en collaboration IP/MF

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 25

☞ *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 familiale qui exerce en collaboration, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....

8105 25

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le transfert d'un patient 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 32

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ce code est assujetti aux mêmes règles d'évaluation que le code de service 1 (Médecine familiale – 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 35

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..... 9143 32

☞ *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 familiale pour évaluer un patient concernant une maladie existante dont le*

médecin familiale a connaissance. Le patient n'est pas transféré au médecin familiale 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](#),

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	47	
<i>☞ 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.</i>				
<i>☞ 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.</i>				
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-mortems 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 : Le code 8715 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 familiale 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	32
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	32
--	----	----

1.11 Psychothérapie

par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci	20	28
---	----	----

☞ *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](#)

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 est seulement facturable par le praticien qui évalue et exécute les services d'AMAM. L'AMM comprend toutes les autres procédures, consultations, visites, conseils et administration/présence avec le patient et la communication entre les praticiens et/ou autres professionnels paramédicaux liés au service AMAM uniquement. L'heure de début et de fin est requise. Les critères d'admissibilité à l'AMM doivent être respectés ainsi que la documentation appropriée, y compris les formulaires dûment remplis, signés et conservés au dossier du patient. Tous les services rendus par un autre praticien doivent être facturés sous les codes de service appropriés correspondant au service fourni.*



Kilométrage, par km a l' exterieur d'un rayon de 5 km..... (Si la residence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau du médecin, aucun déplacement ne peut être facture. 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 a l'extérieur du rayon de 5 km.)	8162	1
---	------	---

☞ *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 Tests de provocation allergiques par injection et par ingestion

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 la 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 sept (= 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 sept (> 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 Indemnité en anesthésie

Indemnité en anesthésie
(utiliser la valeur unitaire générique de 1,00\$) 9410 744

☞ *Note de l’assurance-maladie : Afin de facturer le code de service 9410, l’anesthésiste doit être disponible et sur place de 08 h 00 à 16 h 00 du lundi au vendredi, tel que déterminé par la régie régionale de la santé.*

☞ *Note de l'assurance-maladie: Le code de service 9410 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126, la date de naissance 1/05/2023, le genre X et l'emplacement 0.*

☞ *Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9410 est payable en plus de toute autre facturation, y compris les services approuvés qui relèvent du programme de chirurgie annulée*

☞ *Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9410 ne peut pas être facturé avec toute autre indemnité payée le même jour de calendrier*

☞ *Note de l'assurance-maladie : Les codes de service 9410 et 9411 ne sont pas payables le même jour.*

Indemnité d'anesthésie post-appel (utiliser la valeur unitaire générique de 1,00\$)	9411	744
--	------	-----

☞ *Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9411 ne peut être facturé que du lundi au vendredi le lendemain d'un quart de garde à compenser le temps nécessaire au repos et à la récupération. Aucune facturation supplémentaire ne sera autorisée le jour où le code de service 9411 est facturé. Peut seulement être facturer une fois par période de 24 heures par médecin.*

☞ *Note de l'assurance-maladie: Le code de service 9411 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126, la date de naissance 1/05/2023, le genre X et l'emplacement 0.*

☞ *Note de l'assurance-maladie : L'anesthésiste n'est pas tenu d'être sur place pour facturer le code de service 9411.*

☞ *Note de l'assurance-maladie : Les codes de service 9410 et 9411 ne sont pas payables le même jour.*

☞ *Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9411 ne peut pas être facturé avec toute autre indemnité payée le même jour de calendrier.*

2.3 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
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 monopulmonaire	6
8	Intubation endotrachéale en état d'éveil lors d'un accès difficile aux voies respiratoires (non payable en plus de l'anesthésie monopulmonaire)	6
9	Surveillance de l'intégrité de la colonne vertébrale (y compris l'épreuve de réveil)	6
10	Obésité morbide incluant l'insertion épidurale lors des contractions (IMC > 40)	6
11	Hyperthermie maligne	8
12	Décubitus ventral / assise	3
13	Classe IV de l'American Society of Anesthesiologists (Société américaine des anesthésistes) <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](#)

2.4 Actes spéciaux

Intervention ou manœuvre mineure nécessitant
une anesthésie ou sédation conscienteC 832 7

Ce code couvre les situations où l'intervention n'est pas normalement pratiquée sous anesthésie, mais où celle-ci s'impose dans des cas précis. Exemples : ponction lombaire ou cathétérisme vésical chez les nourrissons ou les adultes incapables.

Anesthésie obstétricale.....C 1909 7

Anesthésie dentaireC 1910 7

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

AmorçageC 2449 8

Maintien


Infusions épidurales continues, travail par demi-heure

(maximum 22 unités), en supplémentC 1793 1

Recharges périodiques, par injection

(maximum 10 unités), en supplémentC 1974 2

Accouchement, en supplémentC 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 7

Maintien (maximum 40 unités),

par tranches de 2 heures, en supplément.....C 1796 1

Par voie thoracique, amorçageC 2454 8

Maintien (maximum 40 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
supplémentC 8325 2

Visite ou consultation comprise, la nuit ou
la fin de semaine, en supplémentC 8326 3

Perfusion continue (maximum 26 unités),
par tranches de 2 heuresC 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 1772 doivent 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

2.5 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	84	
Consultation subséquente.....	1084	69	
Visite en cabinet.....	1499	53	
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.

2.6 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	77	
Soins subséquents			
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2928	35	
Après 30 jours, par jour.....	2929	20	

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 38

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 35

2.7 Visite en services externe cédule

Visite à l'externe avec rendez-vous

8721 23

2.8 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 périopératoire et de soutien

Comportant la présence d'un anesthésiste « en disponibilité » 1812 7

Présence d'un anesthésiste nécessaire ou demandée par un autre médecin pour les soins de soutien ou le suivi d'états pathologiques concomitants à une intervention, mais anesthésie non administrée.

L'auto-analgésie est un moyen d'atténuer une forte douleur et remplace l'injection intramusculaire traditionnelle d'une substance narcotique. Elle permet aux patients d'exercer un contrôle sur leur douleur aiguë. Pour amorcer le processus d'auto-analgésie, il est nécessaire d'évaluer le patient, de le renseigner et de voir au démarrage du dispositif requis pour l'auto-analgésie. La prolongation de l'auto-analgésie nécessite un service de 24 heures offert au patient pratiquant l'auto-analgésie. Cela comprend des consultations par téléphone par le même médecin ou par un autre.

L'amorçage ou la prolongation du traitement d'auto-analgésie est seulement facturable une fois par jour, qu'il s'agisse du même médecin ou d'un autre. Également, le montant facturé ne peut pas s'ajouter à celui d'une consultation, d'une visite, de soins hospitaliers.

Réguliers ou de soins intensifs par le même médecin. Les services d'auto-analgésie sont payables au même médecin, à la date où l'on a procédé à une anesthésie générale si cela a été fait à un autre moment de la journée. On doit indiquer l'heure précise pour chacune des deux demandes de paiement.

Auto-analgésie – Pour le contrôle parentéral de la douleur aiguë

Amorçage	841	62
Maintien	842	12

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Ces codes sont utilisés tant par les anesthésistes agréés que par les anesthésistes non agréés.*

Dénervation par radiofréquence d'une facette articulaire

Colonne thoracique ou lombaire	C	8072	74
--------------------------------------	---	------	----

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8072 s'applique par étage vertébral (deux facettes articulaires). Les étages vertébraux supplémentaires sont payables à 50 %.*

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 %.*

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 %.*


2.9 Clinique de traitement de la douleur chronique


Les codes de service payables aux praticiens spécialistes de la douleur chronique ayant présenté une demande et obtenu l'approbation de la section de la douleur chronique de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les demandes seront approuvées en fonction des critères suivants : la preuve d'expertise en gestion de la douleur chronique (les preuves doivent comprendre au moins deux des exemples suivants : éducation, formation, expérience et références).


L'anesthésiste qui offre des services de traitement de la douleur chronique doit respecter cette grille tarifaire. Une heure de début est obligatoire et doit être indiquée dans chaque demande de remboursement, sauf indication contraire. Les allocations journalières et les codes de service sont réservés aux anesthésistes dont le temps de travail est entièrement consacré à la clinique de traitement de la douleur chronique (qui ne sont pas de garde et ne travaillent pas ailleurs) sans avoir recours à d'autres ressources ou fournisseurs. En plus du taux journalier, un maximum de 727 unités est facturable pour les soins directs aux patients.


Indemnité, une journée complète (Utiliser la valeur unitaire générique de 1,00 \$).....	9412	1120
Indemnité, une demi-journée (Utiliser la valeur unitaire générique de 1,00 \$).....	9413	560

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour facturer le code de service 9412, l'anesthésiste doit être disponible et sur place pendant un minimum de 8 heures, normalement entre 8h00 et 17h00 du lundi au vendredi, conformément aux règles établies par le directeur médical de sa région régionale de la santé.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour facturer le code de service 9413, l'anesthésiste doit être disponible et sur place pendant un minimum de 4 heures, normalement entre 8h00 et 17h00 du lundi au vendredi, conformément aux règles établies par le directeur médical de sa région régionale de la santé.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9412 et 9413 sont payables conjointement à toute autre facturation de service, dont les services approuvés compris dans le programme d'opérations chirurgicales annulées.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9412 et 9413 ne peuvent s'ajouter à d'autres taux journaliers payés le même jour.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9412 et 9413 ne sont pas payables le même jour.**

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9412 et 9413 doivent être facturés sous le numéro d'Assurance-maladie générique 531111110, DN 1/05/2023 et sexe X.*

Évaluation initiale 9414 144

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9414 est facturable une fois par patient, par année, quand un minimum de 45 minutes est nécessaire pour compléter l'évaluation médicale et documenter :*

- *les antécédents complets en matière de santé physique et mentale;*
- *les enquêtes et traitements médicaux antérieurs;*
- *le diagramme de la douleur et les paramètres d'évaluation;*
- *l'évaluation psychologique et les outils reconnus, le cas échéant;*
- *le dépistage d'une dépendance, y compris les résultats obtenus à l'aide de l'outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes, le cas échéant;*
- *l'entente sur l'utilisation d'opioïdes/le consentement éclairé, qui doit comprendre un test de dépistage de drogue dans l'urine si les opioïdes sont envisagés aux fins de traitement;*
- *le diagnostic et le plan de traitement.*

Évaluation de suivi (seulement une permise par mois civil,
maximum de 12 par année)..... 9415 72
Psychothérapie, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci 9416 36

☞ *Note de l'Assurance-maladie : L'utilisation du code de service 9415 (soins de suivi) est limitée à un par mois civil jusqu'à un maximum de 12 par année.*

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9416 (psychothérapie) n'est facturable avec aucun autre code de service. Le code de service 9416 (psychothérapie) est facturable jusqu'à un maximum d'une heure seulement. La totalité du temps incluant l'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.

Réunion interdisciplinaire (en personne, via télésanté
ou par téléphone), par tranche de 15 minutes ou partie
de celle-ci, jusqu'à un maximum de 72 unités..... 9432 36

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9432 nécessite la présence d'au moins trois cliniciens provenant de différentes disciplines, soit : psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, ludothérapeute, thérapeute en enfance, infirmier, infirmier praticien, technologue en radiation, travailleur social, pharmacien, médecin, ou d'un médecin supplémentaire d'une différente spécialité. L'heure de début et de fin consacrée doit être indiquée.

Conseil téléphonique	9433	36		
----------------------------	------	----	--	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Il s'agit d'une consultation téléphonique provenant d'un autre médecin qui demande un avis au sujet du traitement d'un client. Ceci n'inclut pas les appels pour les clients hospitalisés du médecin consulté ni les appels effectués lorsque le médecin est de garde. Le numéro du praticien orienteur doit être inscrit dans le champ « N° de praticien ».*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9433 n'est facturable que pour les deux premiers appels, indépendamment du nombre d'appels reçus durant un quart de travail, pour un maximum de 72 unités par quart de travail de gestion de la douleur. Un appel par patient, par jour.*

Interventions diagnostiques et thérapeutiques

Injection d'une solution dans les articulations des membres inférieurs et supérieurs, les tendons, les muscles ou les nerfs (comprend l'épaule, le bras, le coude, le poignet, les mains, les jambes, les genoux, les chevilles, les pieds, les doigts et les orteils)

sans imagerie.....B	9417	36
avec imagerieB	9418	72

Injection d'une solution dans une zone centrale ou axiale située dans une articulation thoracique, lombaire ou coxofémorale.

sans imagerie.....B	9419	72
avec imagerie (comprend les facettes articulaires, les muscles et nerfs paravertébraux, sympathiques et pelviens).....B	9420	108

Injection d'une solution dans un plexus sympathique dans la région cervicale et crânienne, et injection d'une solution dans les ganglions stellaire, du trijumeau ou de Gasser. (comprend les facettes articulaires, les blocs nerveux, les articulations, le plexus sympathique et les nerfs faciaux).....B

nerfs faciaux).....B	9421	144
Pansement de sang épidural (Blood patch).....B	9422	108

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Un seul code d'injection par patient, par jour, peut être facturé.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les injections musculaires (points de gâchette) au cou, à la tête et au visage comprennent les injections bilatérales.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Lorsque le Botox sert de solution ou d'agent, les codes de service 9417, 9418, 9419 et 9420 ne peuvent être facturés que pour les cas approuvés par l'Assurance-maladie conformément aux indications de Santé Canada.*

Perfusion intraveineuse d'une solution thérapeutique ou diagnostique, dont la kétamine, la lidocaïne, etc. (ne doit pas être utilisée comme tranquillisant intraveineux lors d'une procédure chirurgicale)B 9423 72

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le respect des normes et règlements pour une surveillance sécuritaire (surveillance ECG) est obligatoire. Maximum de six perfusions intraveineuses facturables par jour. Maximum de 16 perfusions ou traitements intraveineux par patient, par année.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les injections musculaires (points de gâchette) au cou, à la tête et au visage comprennent les injections bilatérales.*

Dénervation par radiofréquence pulsée des articulations ou des nerfs périphériques (notamment les articulations ou les nerfs de l'épaule, du bras, du coude, du poignet, des mains, des jambes, hanches, genoux, des chevilles et des pieds)B 9424 72

Dénervation par radiofréquence pulsée de toutes les zones axiales, pelviennes, lombaires, thoraciques, cervicales et craniennesB 9425 108

Radiofréquence thermique ou cryodénervation d'une importante articulation des membres inférieurs et supérieurs, des facettes articulaires lombaires ou des articulations sacro-iliaques supérieures, (comprend genoux, les hanches et les lombaires)B 9426 108


Radiofréquence thermique ou cryodénervation des facettes articulaires cervicales et articulations sacro-iliaques (joint complet)B 9434 180


Dénervation d'un plexus sympathique dans une zone axiale, dont les régions lombaire et thoracique, les facettes articulaires lombaires ou la chaîne sympathique thoracique et les articulations sacro-iliaques (articulation complète)B 9427 180


Dénervation (tous types) comprend les ganglions stellaires, du trijumeau ou de GasserB 9428 180

☞ *Note de l'Assurance-maladie : L'utilisation des codes de service 9427 et 9428 requiert l'indication de la méthode de dénervation dans la demande de règlement (comprend : les agents sclérosants pour la dénervation – phénol ou alcool seulement – la radiofréquence*

thermique et la cryodénervation; exclut : la radiofréquence pulsée).

-  *Note de l'Assurance-maladie : les codes de service 9424 à 9428 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par niveau pour les articulations à facettes.*

-  *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9424 à 9428 (dénervation – tous les types) doivent être réalisées dans un établissement hospitalier approuvé. Maximum de 3 interventions par patient, par année à intervalle de 4 mois. Comprend un ou plusieurs niveaux.*

-  *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9428 requiert des privilèges spécifiques de la régie régionale de la santé avant que le praticien n'exécute cette intervention.*

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


Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	9200	55
Visites en cabinet - suivi	9203	46


Le code pour les visites en cabinet -suivi 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
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 35

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	83
Subséquente dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	126	69
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	119	52
Visites en cabinet - suivi	121	40

Le code pour les visites en cabinet - suivi 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	77
--	------	----

Subséquentes

du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2256	35
Après 30 jours, par jour	2258	20

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,

<p>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>	2257	38	
<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>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.</p>			
<p>Code de transfert</p>			
<p>Soins hospitaliers (voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.4)</p>	310	62	
<p>Soins en unité de soins intensifs (voir la description des services au chapitre 4, section 2.9)</p>	1822	62	
<p>Soins de supervision (voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.1)</p>	46	35	
<p>Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de services des unités de soins intensifs (voir le chapitre 4, section 2.9).</p>			
<p>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.</p>			
<p>4.4 Service externe – Visites avec rendez-vous</p>			
<p>Visites sur rendez-vous au secteur ambulatoire.....</p>	8723	23	
<p>4.5 Visites à domicile</p>			
<p>Voir aussi le chapitre 4, section 2.15.3</p>	127	47	
<p>Note de l'Assurance-maladie : Ces honoraires sont payables pour la visite, médicalement nécessaire, d'un patient à son domicile.</p>			
<p>4.6 Actes dermatologiques</p>			
<p>Biopsie cutanée diagnostique (réservée aux spécialistes).....A</p>	134	34	
<p>Carcinome de la peau</p>			
<p>Excision elliptique et réparation chirurgicale</p>	9012	84	
<p>Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion.....C</p>	371	CS	7

Avant la greffe cutanéeC	373-374		
(chapitre 20, section 6)			
<p>☞ <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></p> <p>☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour la couverture médicale de l'ablation des lésions cutanées, voir le chapitre 7, section 1.2</i></p>			
Injection intralésionnelle de médicament par séance.....B	9013	15	
<p>☞ <i>Note de l'assurance-maladie : Le code de service 9013 ne doit pas être facturé pour les tests d'allergie.</i></p>			
Thérapie PUVAC	154	23	
Luminothérapie aux UV à bande étroite.....C	8121	23	
<p>☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Une visite par semaine est payable en plus des codes de service 154 et 8121.</i></p> <p>☞ <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></p>			
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 ¾ heureB	130	140	
Jusqu'à 1 heureB	131	172	
Chaque ¼ d'heure supplémentaire.....B	135	30	
<p>☞ <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></p>			
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	7
Un ou plusieurs niveaux supplémentaires.....	8351	218	

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

Grefte unique par glissement	8352	150	UD
Grefte multiple par glissement.....	8353	240	UD
Sourcil et paupière; lèvres; oreille; nez			
Grefte unique par glissement	8354	180	UD
Grefte multiple par glissement.....	8355	240	UD
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

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	26	60
Visites en cabinet - suivi	29	50

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	54
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2382	35
Après 30 jours, par jour	2384	21

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	38
--	------	----

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	35

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	47

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		

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	145
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	8765	117
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	8760	87
Visites en cabinet - suivi	8763	60



Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

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	91
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	8767	35
Après 30 jours, par jour	8768	22

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.....	8769	38
<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>		
6.4 Visite en services externe céduleur		
Visite à l'externe avec rendez-vous	8740	35
6.5 Visite a domicile		
Voir aussi le chapitre 4, section 2.15.3	9387	47
6.6 Soins de supervision		
Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1 ..	8770	35
6.7 Autres honoraires de visite		
Comme pour les spécialistes en médecine interne (chapitre 5, section 7.3)		
6.8 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
<p> <i>Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8161 est seulement facturable par le praticien qui évalue et exécute les services d'AMAM. L'AMM comprend toutes les autres procédures, consultations, visites, conseils et administration/présence avec le patient et la communication entre les praticiens et/ou autres professionnels paramédicaux liés au service AMAM uniquement. L'heure de début et de fin est requise. Les critères d'admissibilité à l'AMM doivent être respectés ainsi que la documentation appropriée, y compris les formulaires dûment remplis, signés et conservés au dossier du patient. Tous les services rendus par un autre praticien doivent être facturés sous les codes de service appropriés correspondant au service fourni.</i></p>		
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	35	86
Visites en cabinet - suivi.....	38	51

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	91
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2402	35
Après 30 jours, par jour	2404	22

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	38
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).....	301	62
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....	197	35
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	24
7.5 Visites à domicile		
Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	44	47
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.		

Chapitre 5 : Spécialités

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Évaluation initiale et instauration des soins.....		220	226	
Taux journalier, par jour		221	81	
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 cardiovertteur 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 est seulement facturable par le praticien qui évalue et exécute les services d'AMAM. L'AMM comprend toutes les autres procédures, consultations, visites, conseils et administration/présence avec le patient et la communication entre les praticiens et/ou autres professionnels paramédicaux liés au service AMAM uniquement. L'heure de début et de fin est requise. Les critères d'admissibilité à l'AMM doivent être respectés ainsi que la documentation appropriée, y compris les formulaires dûment remplis, signés et conservés au dossier du patient. Tous les services rendus par un autre praticien doivent être facturés sous les codes de service appropriés correspondant au service fourni.*

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	103
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	162	84
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	156	89
Visites en cabinet - suivi.....	159	71

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	77
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2502	35
Après 30 jours, par jour.....	2504	20

Date du congé

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

patient, la rédaction d'ordonnances et de demandes de consultation, l'organisation du suivi, la documentation relative au diagnostic final et la présentation d'un bref résumé du congé dans les 30 jours.....		2503	38
<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>			
Code de transfert			
Soins à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....		8302	62
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1).....		61	35
9.4	Visite en services externe cédule		
	Soins aux patients complexes en clinique de consultation externe	9141	71
9.5	Visites à domicile		
	Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	164	47
<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>			
9.6	Soins intensifs		
Il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.			
	Évaluation initiale et instauration des soins.....	224	221
	Taux journalier, par jour	225	35
	Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive par 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Code de transfert Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)			1827	62
<i>☞ Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.</i>				
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		8550	135	
<i>☞ 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.</i>				
<i>☞ Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8211 et 167 ne sont payables en plus du code de service 8550.</i>				
Électrocorticographie – surveillance et interprétation		171	154	
Électroencéphalographie en profondeur avec stimulation électrique, p. ex. : au cours d'une thalamotomie		172	77	
Audiométrie avec excitation du tronc cérébral		2035	15	
Potentiel évoqué somatosensoriel		2645	15	
Potentiel évoqué visuel		2646	15	
Études de stimulation répétées dans le temps (max. 3)		831	40	
Électromyographie de l'unité motrice		830	160	
Électromyographie Majeure – examen de muscles dans plus d'une région....		174	60	
Mineure – examen d'un muscle ou d'une région spécifique		175	30	
Périmétrie et campimétrie		184	23	
Épreuves caloriques (études vestibulaires)		185	15	
Test au Tensilon		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.....		8135	77	
Autres régions – unilatérale		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 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

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	189	32
Visites en cabinet - suivi.....	102	18

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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 ultérieur.....C	1512	88

☞ *Note de l'Assurance-maladie : En l'absence d'intervention chirurgicale, les honoraires journalier est payable suivant le code de service 1512.*

10.4 Visite en service externe cédule

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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours) 48 58

Visites en cabinet - suivi 50 40

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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 54

Soins subséquents

Du 2^e au 30^e jour, par jour..... 2412 35

Après 30 jours, par jour 2414 21

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	38
---	------	----

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	35

☞ *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	30
---	------	----

11.4 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	53	47
---	----	----

☞ *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 travailD	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 familiale 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 travailD	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 familiale 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	83	
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	71	55	
Consultation pédiatrique (≤16 ans), en supplément.....	8629	20	


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 familiale	282	83	
---	-----	----	--

12.2 Visites en cabinet

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	64	56	
Visites en cabinet - suivi	66	31	

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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 : 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).**

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	7
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	
Photos du fond de l'œil, tarif technique.....	B	233	20	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	9	
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	55
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2422	35
Après 30 jours, par jour	2424	21

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	38
--	------	----

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	35	

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	47	
--	----	----	--

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	
Exécution seulement.....B	106	26	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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; descemétocèle, syndrome de l'œil sec, entropion, vice de réfraction prononcé (équivalent à 6 dioptries sphériques ou plus chez les moins de 16 ans et à 10 dioptries sphériques ou plus chez les adultes), kératocône, kératite neuroparalytique, nystagmus, trachome ancien, paralysie du muscle droit supérieur, pemphigus, séquelle de kératoplastie pénétrante; inconfort, lacérations ou perforations postopératoires; prévention d'un symblépharon, érosion cornéenne récurrente, syndrome de Stevens-Johnson, herpès, brûlures, trichiasis, conjonctivite printanière. Au fur et à mesure des avancées et des améliorations, d'autres affections pourront être ajoutées à cette liste.</p>				
Lentille de contact servant de bandage.....	D	2913	77	
Comprend les soins de contrôle. La consultation est payée séparément.				
Corps étrangers cornéens.....	C	235	30	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Sous anesthésie	C	236	77	7
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

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	76	64
Visites en cabinet - suivi.....	78	51

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	55
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2432	35
Après 30 jours, par jour.....	2434	21

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	38	
--	------	----	--

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	35	

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](#) et [Chapitre 8, Section 1, item 11.](#))

Évaluation complète et instauration des soins, comportant les actes diagnostiques et thérapeutiques. Ce code s'applique s'il y a fracture de deux ou plusieurs 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.

2 fractures traitées chirurgicalement/même intervention... C	2922	115	
3 fractures traitées chirurgicalement/même intervention.... C	9356	230	
4 fractures traitées chirurgicalement/même intervention.....C	9357	345	

☞ *Medicare Note: Les codes de service 2922, 9356 et 9357 ne comprennent pas plusieurs os carpiens ou tarsiens du même côté. Ne peut pas être radius/cubitus ni tibia/péroné du même côté.*

☞ *Medicare Note: Les codes de service 2922, 9356 et 9357 sont payables en plus des actes chirurgicaux.*

☞ *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.*

Traitement de polytraumatisme	C	2956	120
(chapitre 4, section 2.15.6)			

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

☞ *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.*

13.4 Visite en services externe cédule

Visite à l'externe avec rendez-vous		8730	32
---	--	------	----

13.5 Visites à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3		84	47
---	--	----	----

☞ *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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	102	52
Visites en cabinet - suivi.....	104	38

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.

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	59
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2442	35
Après 30 jours, par jour.....	2444	23

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 38

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 35

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 25

14.5 Visites à domicile

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

110 47

☞ *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 intralympatique de médicament

Unilatérale.....B 8951 33 7

☞ *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 intralympatique de médicament. Une visite initiale ou une consultation ne peut pas être facturée s'il s'agit de la continuation du traitement pour le même épisode.*

14.7 Examens spéciaux

- a) Honoraires combinés d'audiométrie – Ces honoraires s'appliquent seulement aux examens spéciaux exécutés dans les locaux du médecin et/ou en utilisant son matériel. Ils comprennent la composante technique de l'acte, les services du médecin au cours de l'examen et l'interprétation des résultats des tests.

Audiométrie tonale, conduction aérienne et osseuse	C	2022	15
Audiométrie vocale	C	2024	15
Audiométrie par impédance	C	2338	15
Tests audiométriques spéciaux ou poussés :			
localisation de lésion, réflexe de galvanisation cutanée, test de Stenger, etc.....	C	2028	15
Audiométrie du champ sonore (évaluation du seuil de perception acoustique chez les enfants d'au moins 3 ans).....	C	2032	30
Évaluation d'appareil acoustique ou pose d'un masque d'acouphène.....	C	2034	42

- b) Honoraires professionnels d'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.*

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
c) <u>Autres examens</u>					
	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	
<i>👉 Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2036 est réservé aux spécialistes en oto-laryngologie, en ophtalmologie et en neurologie.</i>					
14.9	Études de conduction nerveuse				
	Étude du nerf laryngé récurrent (max2).....	B	9144	20	
14.10	Amygdalectomie et adénoïdectomie				
	Amygdalectomie	D	240	138	7
	Adénoïdectomie	C	242	76	7
	Contrôle d'hémorragie post-amygdalectomie.....	D	8140	200	7
<i>👉 Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 240, 242 et 8140 sont réservés aux spécialistes en oto-laryngologie.</i>					
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	164
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	94	132

15.2 Visites en cabinet

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	85	81
Visite en cabinet – Troubles de santé majeurs chroniques (une fois tous les 30 jours). (Ce code doit être utilisé uniquement pour le traitement des enfants souffrant de problèmes de santé chroniques majeurs. Un diagnostic pathologique spécifique doit être donné.).....	90	104
Visites en cabinet - suivi	87	58

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	161
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2453	35
Après 30 jours, par jour	2455	23

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 38

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 35

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 pendant le travail et l'accouchement 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. Une fois que le bébé est né, la présence est considérée à être terminée et les soins du nouveau-né appropriés s'appliqueraient. Le code de service 2171 doit être facturé sous le numéro d'assurance-maladie du patient qui accouche.*

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	104
---	------	-----

15.7 Visite à domicile

Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	96	47
---	----	----

☞ *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	50
Évaluation du développement neurologique dans les troubles d'apprentissage	C	91	234

☞ *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
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.*

☞ *Medicare Note: Service code 8211 and 167 are not payable in addition to service code 8550.*

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	52
---	--	-----	----

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.*

Coloscopie 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..... 202 117

Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même
maladie ou une complication en découlant 287 97

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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours) 288 85

Visites en cabinet - suivi 290 66

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

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 77

Visites subséquentes
du 2^e au 30^e jour, par jour 2492 35

après 30 jours, par jour..... 2494 23

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 38

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 directs (Voir la description des services au chapitre 4, section 2.7.1)	98	35

☞ *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	42
Voir aussi chapitre 3, section 1.2.2		

16.5 Visites à domicile

Voir aussi le chapitre 4, Section 2.15.3	293	47
--	-----	----

☞ *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		
SpécifiqueB	303	30
Électromyographie d'une fibre uniqueB	830	160

Étude de la conduction nerveuse

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

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

Étude comparative du nerf médian (une par membre)....B	9002	20
Onde F (extrémité supérieure unilatérale/bilatérale)B	9003	20
Onde F (extrémité inférieure unilatérale/bilatérale)B	9004	20
Onde H (maximum 2)B	9005	20
Étude du nerf facial (maximum 2)B	9006	20
Étude du réflexe cornéenB	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	15
Remplissage de la pompe à baclofène.....	9391	38

☞ *Note de l'Assurance-maladie Le code de service 9391 est facturables que lorsqu'il est effectué par le médecin.*

☞ *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	20
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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Nerf supplémentaire.....	B	1763	12	
Bloc épidural				
Cervical.....	B	1765	100	
Thoracique.....	B	1766	80	
Lombaire.....	B	1767	46	
Caudal.....	B	263	38	
Épidurale avec stéroïdes, 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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	307	59
Visites en cabinet - suivi.....	308	47

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	50
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2462	35
Après 30 jours, par jour.....	2464	20

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	38
---	------	----

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	35

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	47
---	-----	----

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 250 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	216
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	322	127
Consultation d'enfants, en supplément.....	9146	37
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	37
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	324	131
Visites en cabinet - suivi.....	325	62

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	32
--	------	----

 *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	210
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2472	35
Après 30 jours, par jour	2474	22





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	38
--	------	----

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

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

Code de transfert		
Soins à l'hôpital (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.4).....	8301	80
Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9)	1826	80

		Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Soins de supervision (voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1)			59	105	
<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	115	
<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	7
	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	46	
<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	54	
	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	54	

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.

Reunion multidisciplinaires sur les cas clinique en Psychiatrie, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	9349	47
---	------	----

Note de l'Assurance-maladie: La durée totale, y compris l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement. Le code de service 9349 doit être facturé et soumis sous le numéro d'Assurance-maladie générique 11111126.

Stimulation Magnétique Transcranienne (STM)			
STM – traitement initial.....	9389	275	
STM – traitement subséquent	9390	106	

☞ *Note de l'Assurance-maladie Les codes de service 9389 et 9390 ne sont facturables que lorsqu'ils sont effectués par ou en présence du praticien. Maximum 1 par patient, par jour.*

Formulaires de la Loi sur la santé mentale

Remplissage du formulaire 1	9385	37	
Remplissage de tout autre formulaire	9386	140	

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9385 et 9386 peuvent être facturé avec les codes de service 321 and 331.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9386 (remplissage de tout autre formulaire) est limité à 1 par patient, par jour.*

Psychiatrie judiciaire ordonnées par la cour

Examen par les pairs (psychiatrie légale), par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	9350	47	
--	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le temps total incluant l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement. Le code de service 9350 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126.*

Examen d'une évaluation médico-légale avec un travailleur social ou un clinicien en santé mentale, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	9351	47	
---	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le temps total incluant l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement. Le code de service 9351 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126.*

Évaluations de patients en consultation externe par ordonnance de la cour (comprend ceux exécutés au bureau et/ou en prison).....	9352	1183	
---	------	------	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les informations spécifiques au patient, y compris un numéro d'assurance-maladie valide, doit être inclus sur la demande de paiement. Lorsque cette information n'est pas disponible, utilisez le numéro d'assurance-maladie 11111126 et le numéro « Tabufile » de la cour doit être inclus dans le champ de diagnostic ou de commentaires.*

Évaluations de patients hospitalisés par ordonnance de la cour	9353	2232	
--	------	------	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les informations spécifiques au patient, y compris un numéro d'assurance-maladie valide, doit être inclus sur la demande de paiement. Lorsque cette information n'est pas disponible, utilisez le numéro d'assurance-maladie 11111126 et le numéro « Tabufile » de la cour doit être inclus dans le champ de diagnostic ou de commentaires.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les évaluations de patients hospitalisés se limitent à celles qui sont effectuées au Centre hospitalier Restigouche*

Présence au tribunal et déplacement, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	9354	47	
---	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le temps total incluant l'heure de début et de fin, doit figurer sur la demande de paiement électronique. Le code de service 9354 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126.*

Lorsqu'une évaluation est déposée à la cour, le psychiatre qui est assigné à comparaître pour faire l'examen du rapport peut soumettre ses frais de présence à la cour et de déplacement sous le code de service 9354. Ces frais sont tout compris.

Temps de préparation pour présence au tribunal, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....	9355	47	
--	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : La préparation du dossier associée à la présence en cour peut être facturée sous le code de service 9355. Le temps total, notamment le début et la fin, jusqu'à un maximum de deux heures pour la préparation de la présence devant la cour, doit figurer dans la demande électronique soumise. Le code de service 9355 doit être soumis électroniquement sous le numéro d'Assurance-maladie 11111126.*

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	137
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	8311	108
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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	8242	84
Visites en cabinet - suivi	8245	56

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

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	86
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	8313	35
Après 30 jours, par jour	8314	21

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.....	8246	38
	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.		
	<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>		
19.4	Visite en services externe céduler		
	Visite à l'externe avec rendez-vous.....	8736	29
19.5	Visite à domicile		
	Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	9392	47
19.6	Soins de supervision		
	Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1	8241	35
19.7	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 130

Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour
la même maladie ou une complication qui en
découle 8316 97

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 en cabinet non référé (une fois par 365 jours) 8344 96

Visites en cabinet - suivi 8347 83

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

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 87

Soins subséquents
Du 2^e au 30^e jour, par jour..... 8318 35
Après 30 jours, par jour 8319 22

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	38
	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.		
	<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>		
20.4	Visite en services externe cédule		
	Visite à l'externe avec rendez-vous	8737	23
20.5	Visite à domicile		
	Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	9393	47
20.6	Soins de supervision		
	Voir la description du service au chapitre 4, section 2.7.1 ...	8342	35
20.7	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	72
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	345	58
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

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	346	53
Visites en cabinet - suivi.....	349	41

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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	52
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2482	35
Après 30 jours, par jour.....	2484	20

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	38
<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>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.</p>		
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	35
<p>Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs, voir le chapitre 4, section 2.9.</p>		
<p>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.</p>		
21.4 Visite en services externe cédule		
Visite à l'externe avec rendez-vous	8738	24
21.5 Visites à domicile		
Voir aussi chapitre 4, section 2.15.3	351	47
<p>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.</p>		
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	7
Stimulation de l'érection par solution salineB	536	6	7

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 choriales	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	7
Pour un col utérin ouvert de 2 cm ou plus	8387	185	7
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 cardioverteur implantable (DCI) avec défibrillateur				
DCI à chambre unique	D	8427	841	9
DCI à chambre double	D	8428	965	9
Défibrillateur biventriculaire	D	8429	1228	9
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	7
Surveillance à distance				
Enregistreur en boucle.....	C	8439	26	
Cardiostimulateur	C	8440	50	
DCI.....	C	8441	75	

Section 24: Chirurgie Thoracique

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**24.1 Consultations**

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique.....	9396	89
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	9397	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.

24.2 Visites en cabinet

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	9394	60
Visites en cabinet - suivi.....	9395	50

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

24.3 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.....	9399	54
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	9400	35
Après 30 jours, par jour.....	9401	21

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.....	9402	38
---	------	----

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).....	9403	35

*Medicare Note: The first visit fee is not payable on transferred patients. See also **Chapter 2, Assessment Rules 16, 18, 19 and 24.***

24.4 Visite en services externe cédule		
Visite à l'externe avec rendez-vous	9404	25
24.5 Visite a domicile		
Voir aussi <u>Chapitre 4, Section 2.15.3</u>	9398	47

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.

24.6 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Code de transfert – Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9).....			1823	36
☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.</i>				
☞ <i>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.</i>				
24.7 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
☞ <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 : 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.</i>				

Section 25: Chirurgie Vasculaire

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**25.1 Consultations**

(Voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique.....	9372	90
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	9373	73
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.

25.2 Visites en cabinet

Première visite en cabinet non référé (une fois par 365 jours)	9370	61
Visites en cabinet - suivi.....	9371	53

Le code pour les visites en cabinet -suivi 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.

25.3 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.....	9374	54
Soins subséquents		
Du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	9375	35
Après 30 jours, par jour.....	9376	21

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.....	9377	38
---	------	----

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).....	9369	35

*Medicare Note: The first visit fee is not payable on transferred patients. See also **Chapter 2, Assessment Rules 16, 18, 19 and 24.***

25.4 Visite en services externe céduler		
Visite à l'externe avec rendez-vous	9378	25
25.5 Visite à domicile		
Voir aussi <u>Chapitre 4, Section 2.15.3</u>	9398	47

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.

25.6 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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Code de transfert – Soins en USI (voir la description du service au chapitre 4, section 2.9).....			1823	36
☞ <i>Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs au chapitre 4, section 2.9.</i>				
☞ <i>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.</i>				
25.7 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
☞ <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 : 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.</i>				

CHAPITRE 6 : ACTES CHIRURGICAUX**Section 1 : Préambule**

En règle générale, ce qui suit s'applique aux procédures de la liste D :

1. Quand plusieurs actes chirurgicaux de la liste D sont effectués dans la même incision, peu importe la partie du corps, les actes secondaires sont payables au taux de 75 % des honoraires prévus pour de telles interventions. Toutefois, dans certains cas, l'acte principal comprend un ou plusieurs actes mineurs; dans un tel cas, seul l'acte principal peut être facturé (actes tout compris).
2. Quand plusieurs actes chirurgicaux de la liste D sont effectués dans différentes incisions, peu importe la partie du corps, les actes secondaires sont payables au taux de 100 % des honoraires prévus pour de telles interventions.

Remarque: Les interventions endoscopiques ultérieures dans la même articulation ou cavité sont payées à 75 %, car les incisions (portails) ne sont pas considérées comme des incisions distinctes aux fins de la facturation.

3. L'ablation accidentelle de l'appendice, la libération d'adhérences et la destruction ou l'exérèse de petits kystes ovariens sont non payables en supplément.
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 250 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	7
Périanal ou pilonidal – anesthésie locale	C	357	20	
Anesthésie générale – soins complets.....	D	358	109	7
Ischio-rectal – incision simple, anesthésie locale	C	359	20	
Ouverture – soins complets.....	D	360	133	7
Hématome – anesthésie locale	C	362	20	
Anesthésie générale – selon les dimensions et autres facteurs de complication	C	363	31	7
Frein de la langue, libération				
Nourrisson.....				HV
Enfant				
Anesthésie locale	B	365	20	
Anesthésie générale	B	366	31	7
Exérèse de corps étranger ou fibrome				
Anesthésie locale	B	367	20	
Anesthésie générale	B	368	46	7

 *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 7

Biopsie par excision ou excision totale (max. 3 par jour).....C 369 31 7

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

SimpleC 378 52 7

Complicqué.....D 379 CS 7


Lésions cancéreuses de la peau

Excision et réparationC 370 54 7

Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion.....C 371 CS 7

Avant la greffe cutanéeC 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 7

Verrue plantaire – simple, sous-cutanée, soins completsC 384 38 7

Névrome – simple, sous-cutanéC 380 38 7

Névrome de Morton – excision.....D 2811 77 7

Sinus pilonidal – excision simple et/ou marsupialisationD 372 182 7

Ongle de doigt ou d'orteil – ablation simple HV

Chapitre 7 : Système tégumentaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Résection de portion d'ongle, chair sous-jacente ou matrice (comprend le tissu paronychial)C		376	77	7
Ablation d'ongle incluant destruction de matrice unguéale et raccourcissement de phalangeC		377	77	7
Introduction				
Implantation de comprimés d'hormonesC		385	38	
<i>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.</i>				
Suture				
Face				
5 premiers cm.....D		2227	46	7
Plus de 5 cm mais moins de 10 cm.....D		2487	72	7
Suture compliquéeD		387	CS	7
<i>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).</i>				
Autres régions				
5 premiers cm.....D		99	23	7
Plus de 5 cm mais moins de 10 cm.....D		2488	38	7
Suture compliquéeD		387	CS	7
<i>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.</i>				
<i>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 chaque endroit.</i>				
<i>Note de l'Assurance-maladie : La réparation de lacérations comprend les visites de suivi pour enlever les points de suture.</i>				
Révision				
Excision ou révision de cicatrices (à des fins non esthétiques)D		2489	CS	7
Destruction				
Dermabrasion – siège unique, p. ex. : cicatrice				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
traumatique	C	390	95	7
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	99	7
Incision subséquente	D	405	99	7
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	7
Exérèse simple de masse, biopsie par excision ou mastectomie partielle	B	407	218	7
Avec évidement de ganglions axillaires	D	2924	513	7
Mastectomie				
Simple ou sous-cutanée.....	D	408	285	7
Radicale ou radicale modifiée, avec dissection des ganglions axillaires	D	409	502	7
Correction de la gynécomastie.....	D	410	187	7

☞ *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 arthrode ne sont pas payables en supplément.
2. Les honoraires des actes englobent l'exercice 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. Les blocs d'hématome ne peuvent être réalisés que pour des fractures du poignet et nécessitent une documentation des radiographies post-réduction.
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 Gustillo. Cette disposition ne s'applique qu'au protocole opératoire initial.
11. Primes de fractures multiples
 - Le code de service 2922 à 115 unités est payable si deux fractures sont prises en charge chirurgicalement au cours d'une même intervention. Il doit s'agir de deux os différents (ne peut pas être radius/cubitus ni tibia/péroné du même côté).
 - Le code de service 9356 à 230 unités est payable si trois fractures sont prises en charge chirurgicalement au cours d'une même intervention. Il doit s'agir de deux os différents (ne peut pas être radius/cubitus ni tibia/péroné du même côté).
 - Le code de service 9357 à 345 unités est payable si quatre fractures sont prises en charge chirurgicalement au cours d'une même intervention. Il doit s'agir de deux os différents (ne peut pas être radius/cubitus ni tibia/péroné du même côté).

Les primes pour fractures multiples :

 - Ne comprennent pas l'absence de réduction ou la réduction fermée, ni le plâtre ;
 - Ne comprennent 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 dans les 5 jours d'une réduction opératoire ou d'un transfert, la réduction fermée est payable à 75 %, sauf si elle est effectuée par le même médecin. Le chirurgien ne peut recevoir des frais de réduction fermés que s'il est jugé nécessaire pour un compromis neurologique ou vasculaire de la peau qui nécessite un moulage de réduction avant la chirurgie.
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 %.
15. La réduction opératoire et la fixation interne des fractures iatrogènes peuvent être facturées en plus des procédures primaires. (ne s'applique pas au placement de matériel prophylactique).

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 ne sont pas payables selon les codes des plâtres ou des attelles; elles sont plutôt incluses dans les honoraires de visite ou de consultation.

Plâtres – membre supérieur.....A	516	23	7
Spica de l'épaule.....D	515	77	7
Pied bot, plâtre ou bandage adhésif			
Unilatéral.....C	520	23	7
Bilatéral.....C	521	38	7
Membre inférieurA	517	31	7
Pansement rigide (plâtre) post-amputation, en supplément	2594	77	UD
Prothèse instantanée, en supplément.....	2595	77	UD
Spica de la hanche.....D	518	77	7
Support de plâtre pour fractures, en 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	200	7
Incision				
Biopsie osseuse				
Biopsie par poinçon				
Vertèbre +/- contrôle radiologique	B	538	138	7
Autres os +/- contrôle radiologique	B	2598	107	7
Biopsie chirurgicale				
Vertèbre	B	539	231	7
Bassin.....	B	1961	231	7
Autres os	B	1960	77	7
Drainage d'os (ostéomyélite)				
Incision du périoste et drainage	D	2250	76	7
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie (acte isolé)				
Os mineur.....	D	2248	189	7
Radius et cubitus	D	8165	330	7
Os majeur	D	561	295	7
Fermeture secondaire	D	2601	CS	7
Vertèbres				
Incision et drainage	D	2602	115	7
Érosion en soucoupe et/ou séquestrectomie	D	2603	231	7
Ostéotomie (+/- ostéosynthèse)				
Os mineur (p. ex. phalange, métacarpien)	D	2041	218	7
Chaque os mineur supplémentaire		2605	161	UD
Os carpien	D	8166	387	7
Cubitus	D	2606	380	7
Radius	D	2607	380	7
Radius et cubitus.....	D	2608	497	7
Radius distal.....	D	8167	436	7
Humérus.....	D	528	421	7
Glénoïde ou omoplate	D	8168	475	7
Clavicule	D	2609	308	7
Péroné	D	8169	198	7

Tibia +/- péroné				
Enfant, (moins de 16 ans).....D	2612	269	7	
Adulte.....D	2637	511	7	
Fémur.....D	2613	528	8	
Hanche (pérotrochantérienne).....D	8170	552	8	
Transfert ou transposition du grand trochanter.....D	8178	595	8	
Bassin				
Ostéotomie innominée, butée de la hanche, adulteD	555	660	8	
Enfant (moins de 16 ans).....D	8179	623	8	
Périoracétabulaire - 3 os – Ganz.....D	8180	1284	8	
Calcanéus.....D	8792	383	7	
Talus.....D	8793	291	7	
Médiotarsienne.....D	8794	303	7	

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

Réparation et reconstruction (ostéoplastie)				
Ostéogénèse par distraction (transport osseux ou allongement du tibia ou du fémur avec fixateur externe).....D	565	788	8	
Allongement d'os long (intervention chirurgicale unique).....D	8184	561	8	
Ostéotomie d'ouverture du tibia.....D	8185	561	8	
Ostéotomie d'ouverture du fémur.....D	8186	561	8	
Raccourcissement d'os long.....D	8187	505	8	
Raccourcissement du radius ou du cubitus.....D	8188	244	7	
Raccourcissement du radius et du cubitus.....D	8189	452	7	
Épiphysoïdèse ou verrouillage - tibia ou fémur.....D	582	306	7	
Tibia et fémur.....D	583	430	7	
Découlement de l'épiphyse - ostéosynthèse.....D	556	496	8	
Ostéotomie en coin plus ostéosynthèse.....D	557	563	8	
Excision (voir aussi « Fractures » et « Amputation »)				
Exérèse des broches percutanées.....D	8190	37	7	
Incision mineure pour l'exérèse des vis, broches, fils sous anesthésie locale.....D	8191	50	7	
Incision mineure uniquement pour l'exérèse des vis, broches, fils sous anesthésie générale.....D	1963	115	7	
Exérèse des dispositifs de fixation interne – plaque et vis.....D	475	200	7	
Exérèse du clou centromédullaire, vis de blocage incluses.....D	8192	265	7	
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	7	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Exérèse du fixateur externe en salle d'opération à l'hôpital	D	8196	71	7
Exostose				
Os mineur	D	1998	196	7
Os majeur	D	2068	212	7
Kyste osseux, curetage et tamponnement				
Phalanges	D	2597	154	7
Os carpien ou tarsien.....	D	2615	269	7
Radius ou cubitus.....	D	2616	231	7
Humérus ou tibia.....	D	598	269	7
Fémur	D	599	385	7
Injection dans un kyste osseux	D	8197	92	7
Insertion de perles ou de pastilles antibiotiques				
Os majeur	D	833	115	7
Os mineur.....	D	834	77	7
Ostectomie (voir aussi « Articulations - reconstruction »)				
Main – phalange.....	D	2617	115	7
Os métacarpien.....	D	2618	247	7
Os carpien	D	535	262	7
Avec remplacement prothétique.....	D	2619	315	7
Excision-fusion du scaphoïde pour poignet présentant un collapsus carpien évolué (SLAC).....				
Carpectomie de la rangée proximale.....	D	8198	496	7
	D	8199	326	7
Radius				
Apophyse styloïde	D	2620	198	7
Tête.....	D	531	198	7
Synostose radio-cubitale	D	8200	277	7
Cubitus				
Partie distale	D	534	198	7
Olécrane	D	2622	199	7
Humérus, tête	D	2623	308	7
Clavicule - excision partielle ou totale.....	D	2830	201	7
Acromion	D	526	219	7
Pied – phalange.....	D	2626	115	7
Os métatarsien.....	D	2627	154	7
Tête métatarsienne	D	8201	167	7
Intervention d'Hoffman (3 ou plus têtes métatarsiennes).....	D	8202	385	7
Sésamoïde	D	8203	139	7
Scaphoïde ou accessoire	D	2628	192	7
Arcade tarsienne.....	D	2629	308	7
Astragale	D	2630	269	7
Calcaneum.....	D	8204	269	7
Excision de l'os trigone	D	8205	212	7
Excision de l'éperon calcanéen et dégagement de fascia.....	D	8206	192	7
Dégagement du fascia plantaire	D	8207	153	7
Excision de la rotule				

Partielle.....D	571	254	7
ComplèteD	572	396	7
Hanche – tête et col du fémur (Girdlestone).....D	558	353	8
Coccygectomie.....D	440	231	7
Excision de l'os hétérotopique pour l'ankylose articulaire, acte isolé.....D	8208	506	7

☞ **Note sur l'Assurance-maladie : Le code de service 8208 peut être facturé sous Considération Spéciale (CS) à 50 % en tant que supplément pour les articulations, s'il y a similitude avec la catégorie III ou IV de Brooker documentée par radiographie. Protocole opératoire requis.**

Grefe osseuse

Grefe osseuse, non associée à une arthrode, en supplément	2634	35 %	UD
Augmentation osseuse, allogrefe ou comblement de vide osseux (excluant l'autogrefe), en 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 externeD	2017	38	7
Insertion de dispositifs de traction ou de fixation squelettique crânienneD	1541	250	7
Avec appareil Halo (inclut les réglages).....D	2946	375	7
Réinsertion de dispositifs de traction ou de fixation squelettique crânienne.....D	2947	96	7
Stimulateur osseux interne, y compris l'application d'électrodes (n'inclut pas le stimulateur externe si conjointement avec l'ostéotomie ou l'application d'une plaque ou d'une greffe : payable à 75%) D	1972	231	7
Pseudo-arthrose ou fixation de révision 2 mois ou plus après la chirurgie initiale, y compris l'exérèse du matériel, en supplément.....	8210	35 %	UD

Phalanges des membres supérieurs

Phalange

Réduction ferméeD	2649	62	7
Réduction fermée et embrochage.....D	8218	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2650	230	7

Phalange ou phalange

Réduction ferméeD	2652	62	7
-------------------------	------	----	---

Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2653	230	7
Réduction fermée et embrochage.....D	8219	115	7
Chaque fracture supplémentaire.....D	2654	100 %	UD
Fracture-luxation de Bennett			
Réduction fermée.....D	2655	77	7
Réduction fermée et embrochage.....D	8220	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2656	247	7
Os métacarpiens			
Réduction fermée.....D	2658	62	7
Réduction fermée et embrochage.....D	8221	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2659	238	7
Chaque fracture supplémentaire.....D	2660	100 %	UD
Os carpiens, sauf le scaphoïde			
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2663	303	7
Os scaphoïde Réduction ouverte avec			
fixation interne.....D	2665	383	7
Excision partielle ou complète.....D	2666	192	7
Réduction fermée du radius distal.....D	8222	115	7
Réduction fermée du radius distal et changements de plâtre.....D	8223	192	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8223 comprend jusqu'à trois visites dans les 14 jours après l'opération.*

Réduction fermée et embrochage percutané du radius ...D	8224	192	7
Réduction fermée avec fixation externe du radius distal D	8225	242	7
Réduction ouverte avec fixation interne du radius distal D	8226	285	7
Réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture intra-articulaire, radius distal.....D	8227	393	7
Radius ou cubitus diaphyse			
Réduction fermée.....D	2673	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2674	262	7
Radius et cubitus diaphyse			
Réduction fermée.....D	2676	115	7
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi.....D	2677	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne pour l'inclusion de clous flexibles.....D	2678	356	7
Fractures de Monteggia ou de Galeazzi.....D	2679	356	7
Réduction ouverte avec fixation interne de la fracture de Monteggia avec ROFI de la tête radiale.....D	9233	450	7
Radius, tête ou col			
Réduction fermée.....D	2681	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2682	290	7
Remplacement de la tête du radius en cas de fractureD	8228	395	7
Olécrane			
Réduction fermée.....D	2684	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2685	314	7
Réduction ouverte avec fixation interne de l'olécrane, incluant la fixation séparée de la facette			

antéro-médialD	9234	390	7
Humérus distal			
Réduction ferméeD	2687	115	7
Réduction fermée et embrochage, fracture supracondylienneD	8229	308	7
Réduction ouverte avec fixation interne supracondylienne humérus extra-articulaireD	2688	369	7
Réduction ouverte avec fixation interne de l'humérus intra-articulaireD	8230	423	7
Réduction ouverte avec fixation interne intercondylienne humérus (incluant l'ostéotomie de l'olécrâne et la neurolyse du nerf cubital) avec 2 fragments articulairesD	8231	619	7
Plus de 2 fragments articulaires.....D	8232	762	7
Remplacement total du coude avec reconstruction du condyle (incluant l'ostéotomie de l'olécrâne et la neurolyse du nerf cubital)D	8233	850	7
Humérus, diaphyse			
Réduction ferméeD	2693	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2694	423	7
Clous intramédullaires.....D	1839	460	7
Humérus, tubérosité simple			
Réduction ferméeD	2696	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2697	291	7
Humérus, col, fracture en deux parties			
Réduction ferméeD	2699	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2700	423	7
Humérus, fracture en trois ou quatre parties (classification NMETI) ou avec luxation de la tête humérale			
Réduction ferméeD	2701	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2702	750	7
Hémiarthroplastie avec reconstruction de la tubérosité.....D	8234	750	7
Remplacement de l'épaule totale, prothèse inversée, avec reconstruction de la tubérositéD	9235	900	7

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

Omoplate			
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2705	460	7
Glénoïde (comprend le corps)			
Approche uniqueD	8235	555	7
Approche doubleD	8236	800	7
Clavicule			
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2708	286	7

Phalanges des membres inférieurs

Phalange

Réduction ferméeD	2710	62	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2711	137	7

Phalange ou phalange

Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2714	137	7
Chaque fracture supplémentaireD	2715	100 %	UD

Os métatarsiens

Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2718	175	7
Chaque fracture supplémentaireD	2719	100 %	UD

Fracture-luxation des articulations

tarso-métatarsiennesD	8237	333	7
-----------------------------	------	-----	---

Fracture-luxation des articulations

tarso-métatarsiennes avec plus de 3 luxations.....D	8238	460	7
---	------	-----	---

Os tarsiens sauf calcaneus et talus

Réduction ferméeD	2721	154	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2722	269	7

Astragale

Réduction ferméeD	8248	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	8249	388	7
Réduction ouverte avec fixation interne par 2 incisions.....D	9236	461	7

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Pour le code de service 9236, le protocole opératoire doit être soumis avec la réclamation.*

Calcaneus

Réduction ouverte avec fixation interneD	2725	461	7
Avec arthrodèse primaire.....D	2726	461	7

Chevilles

Malléole interne

Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2730	222	7
---	------	-----	---

Malléole externe

Réduction ferméeD	2731	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2732	222	7

Bimalléolaire

Réduction ferméeD	2733	115	7
-------------------------	------	-----	---

Réduction ouverte avec fixation interne, incluant
la réparation des ligaments tibio-fibulaires
distauxD

2735	350	7
------	-----	---

Réduction ouverte avec fixation interne d'une
fracture bimalléolaire avec utilisation supplémentaire
d'un dispositif semblable à un « TightRope »
l'articulation tibiofibulaire distale
(n'inclut pas une vis unique).....D

9237	425	7
------	-----	---

Bimalléolaire avec réduction ouverte avec

fixation interne de la malléole postérieureD	8239	400	7
avec l'utilisation supplémentaire d'un dispositif			

	semblable à « TightRope » l'articulation tibiofibulaire distale (n'inclut pas une vis unique)D	9238	475	7
Péroné	Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2738	222	7
	Articulation tibio fibulaire distal vis syndesmotique seule ou dispositif semblable au système « TightRope » et réparation des ligaments (acte isolé)D	8252	196	7
	Fracture de Tillaux (réduction ouverte avec fixation interne)D	8255	242	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Réduction fermée de la fracture de Tillaux à facturer en utilisant le code de service 2740.*

Tibia	Réduction ferméeD	2740	115	7
	Avec traction.....D	2734	251	7
	Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2741	423	7
	Clous intramédullaires.....D	1840	460	7
	Fracture du pilon tibial (incluant la réduction ouverte avec fixation interne du péroné et l'arthrotomie de la cheville) deux fragments articulaires.....D	8253	490	7
	Plus de deux fragments articulairesD	8254	790	7
Fracture du plateau tibial incluant l'arthrotomie du genou	Plateau tibial médian ou latéralD	8256	445	7
	Plateau tibial médian et latéralD	8257	710	7
	Révision avec quille, remplacement total du genou incluant la fixation de la fracture du plateau tibial D	8258	1037	11
Rotule	Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2743	299	7
Patellectomie	Partielle.....D	2744	254	7
	Totale.....D	2745	396	7
Fémur, corps ou transcondylienne	Réduction fermée			
	Enfant (≤16 ans)D	2748	192	7
	avec clou flexibleD	8240	350	7
	Adulte incluant l'application de la traction squelettique.....D	2749	115	7
	Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2750	475	8
	Clous intramédullaires.....D	1838	572	8
	Clou intramédullaire céphalomédullaire longD	8276	600	8

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou	D	8277	670	11
Clou fémoral supracondyalaire pour fracture périprothétique au-dessus du remplacement total du genou avec changement du polyéthylène de l'insert de postéro-stabilisation pour accéder au clou	D	8278	800	11
Réduction ouverte avec fixation interne du fémur distal intra-articulaire, incluant arthrotomie				
Fémur distal monocondyalaire.....	D	8279	628	8
Fémur distal bicondyalaire.....	D	8280	760	8
Fémur, col ou intertrochantérienne				
Réduction fermée	D	2752	269	7
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 de compression et plaque latérale ou dispositif de type clou céphalomédullaire court) ..	D	2754	510	8
Fracture de la tête articulaire fémorale (fracture de Pipkin)				
Réduction ouverte avec fixation interne.....	D	8281	850	8
Fémur, remplacement de la tête - hanche monopolaire ou bipolaire	D	2755	568	8
Basin				
Réduction fermée et application d'un fixateur externe	D	8282	390	8
Réduction ouverte avec fixation interne, fixation par plaque antérieure ou postérieure.....	D	2758	605	8
Fixation percutanée antérieure ou postérieure	D	9239	505	7
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure et postérieure (doit inclure la fixation par plaque)	D	8283	905	10
Fixation percutanée antérieure et postérieure	D	9240	705	7
Réduction ouverte avec fixation interne, antérieure et postérieure, incluant un allongement avec plaque jusqu'à la colonne antérieure de l'acétabulum latéral au paquet neurovasculaire.....	D	9241	1000	10
Fixation percutanée de l'articulation sacro-iliaque	D	8284	717	8
Acétabulum +/- luxation				
Réduction fermée	D	2759	115	7
Réduction ouverte avec fixation interne				
Fracture d'un pilier (acte isolé).....	D	2642	906	8
Fracture de deux piliers (acte isolé)	D	2643	1381	8

Deux piliers – abord à deux appareils extenseurs.....D	8285	1812	13
Remplacement total de la hanche pour une fracture de pilier acétabulaire.....D	8286	1247	13
Remplacement total de la hanche pour une double fracture du pilier acétabulaire.....D	8287	1722	13
Fracture de la paroi antérieure ou postérieure (acte isolé).....D	2760	906	8
Côtes (1 ou plus)			
Réduction ouverte avec fixation interne.....D	2747	342	8
Sternum			
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), en supplément.....	8288	50 %	UD
Fermeture secondaire d'une plaie ouverte sous anesthésie générale.....D	8289	150	7
Débridement de plaie chirurgicale.....D	8290	104	7
Changement de pansement :.....D	8291	77	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Payable uniquement lorsqu'elle est effectuée par un médecin en salle opératoire sous anesthésie générale/régionale, ou en clinique sous sédation consciente ou bloque 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.*

Débridement du pied diabétique.....D	9335	52	7
--------------------------------------	------	----	---

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9335 n'est payable que lorsqu'il est effectué par un médecin.*

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 cheveluD			
	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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Os faciaux				
Fractures du maxillaire inférieur – sans réduction			HV	
Embrochement interdentaire et intermaxillaire.....D		423	514	8
Réduction et immobilisation de fracture simple ou complicquée, unilatérale ou bilatéraleD		424	629	8
Embrochage du squelette, fils en circonférence de la mandibule, attache d’attelle de Gunning ou de dentierD		2229	591	8
Réduction ouverte avec fixation interne, intermaxillaire.....D		426	717	8
Bilatérale.....D		427	860	8
Mandibule, incision ou résection				
Ostéotomie mandibulaire – malocclusionD		2440	308	7
Bilatérale.....D		1700	539	7
Prognathie et macrogнатhie – 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		2236	514	12
Immobilisation cranio-faciale externeD		2237	745	12
Fracture de Le Fort II et III – suspension facialeD		428	745	12
Fracture de Le Fort III compliquée, avec tamponnement antral, suspension, etc.....D		2238	822	12
Fractures d’os malaire – sans réduction.....				
			HV	
Élévation simple.....D		2239	475	7
Réduction ouverte avec fixation interne avec broches, fils de KirschnerD		2240	591	8
Fractures maxillo--orbitaires - réduction ouverte avec fixation interne avec antrostomie et tamponnement ..D		2241	629	8
Fractures nasales				
Aucune réduction			HV	
Réduction ferméeD		420	77	7
Réduction ouverteD		421	154	7
Exérèse de dispositifs d’immobilisation de fractures				
Suspension faciale.....D		429	100	7
Dispositif intermaxillaire.....D		2003	38	7

☞ *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 intracrânienneD	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	7	
Avec aspiration et/ou injection – intervention isolée.....D	2671	73	7	
Doigt, pouce				
FerméeD	507	23	7	
Chirurgicale.....D	508	200	7	
Articulation métacarpo-phalangienne – chirurgicaleD				
	2774	200	7	
Poignet, os carpiens				
Fermée.....D	505	115	7	
Chirurgicale, aiguë.....D	506	324	7	
Chirurgicale, chronique.....D	8259	512	7	
Reconstruction du scapho-lunaire incluant une reconstruction avec greffe ou capsulodèseD				
	9242	500	7	
Instabilité radiocarpienne				
Simple, réparation unique du poignetD	8292	239	7	
Étendue, réparations multiples.....D	8293	478	7	
Fracture périlunaire avec luxation, incluant la fixation chirurgicale des fractures, y compris le scaphoïde,				

ainsi que stabilisation par fil de Kirschner et la réparation des ligaments	D	9243	550	7
Application d'un fixateur externe pour une stabilité supplémentaire, en supplément		9244	100	UD
Instabilité radio-cubitale distale	D	8294	379	7
Chronique, incluant l'imbrication capsulaire, la réparation du complexe fibrocartilagineux triangulaire, stabilisation par fil de Kirschner et reconstruction par greffe	D	9245	500	7
Coude				
Fermée.....	D	503	54	7
Réparation chirurgicale incluant la neurolyse.....	D	2775	154	7
Réparation aiguë d'un ligament	D	8295	262	7
Réparation aiguë de plusieurs ligaments.....	D	8296	442	7
Réparation de plusieurs ligaments et réduction ouverte de la coronoïde	D	8297	562	7
Triade terrible du coude, incluant fixation de la coronoïde, ROFI/arthroplastie de la tête radiale et réparation du ligament latéral	D	9246	680	7
Triade terrible du coude, incluant la fixation de la coronoïde, ROFI/arthroplastie de la tête radiale et réparation du ligament latéral et réparation du côté médial	D	9247	740	7
Réparation chirurgicale d'instabilité chronique (> 6 semaines après la blessure)	D	9248	550	7
Application d'un fixateur externe articulé, facturable en plus de la fracture, en supplément		8298	200	UD
Luxation de la tête du radius				
Aiguë.....	D	8299	190	7
Chronique.....	D	8300	293	7
Épaule				
Fermée.....	D	502	54	7
Chirurgicale.....	D	2776	343	7
Traitement chirurgical de luxation chronique de plus de 21 jours.....	D	8328	539	7
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure				
Réparation de tissu mou	D	525	431	7
Réparation de l'os (procédure Latarjet)	D	8260	581	7
Révision de la précédente procédure Latarjet	D	9249	781	7

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

Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule postérieure	D	8329	557	7
Réparation d'une luxation récurrente de l'épaule antérieure et postérieure	D	8330	657	7
Ostéotomie de la glénoïde postérieure	D	8331	557	7

Révision après chirurgie gléno--humérale antérieure pour instabilité, en supplément.....		8332	30 %	UD
Articulation acromio-claviculaire				
Aiguë avec fixation par broches.....D		2777	159	7
Chirurgicale, instabilité aiguëD		501	253	7
Réparation chirurgicale avec plaque à crochet (acte isolé).....D		8796	286	7
Réduction chirurgicale et reconstruction secondaire du ligament coracoclaviculaire (Weaver Dunn)D		9250	363	7
Deuxième reconstruction de l'articulation acromio-claviculaire avec prothèse de renforcement ligamentaire, en supplément		8419	77	UD
☞ Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8419 s'ajoute aux codes de service 501, 8796 et 9250 uniquement.				
Réparation chirurgicale d'une lésion chronique, incluant toutes les réparations de ligamentD		2806	393	7
Réparation chirurgicale d'une lésion chronique, incluant augmentation allogreffe ou autogreffe D		8795	490	7
Réparation chirurgicale avec plaque à crochet, en supplément.....		9251	143	UD
☞ Medicare Note: Le code de service 9251 s'ajoute aux codes de service 2806 et 8795 uniquement.				
Articulation sterno-claviculaire				
Chirurgicale, aiguëD		2778	308	7
Chirurgicale, chronique.....D		8333	490	7
Articulation interphalangienne des orteils				
Fermée.....D		2779	23	7
Chirurgicale.....D		2780	191	7
Chaque articulation supplémentaireD		8334	68	UD
Articulation métatarso-phalangienne des orteils				
Fermée.....D		8388	23	7
Chirurgicale.....D		8389	191	7
Chaque articulation supplémentaireD		8390	68	UD
Articulation mi-tarsienne				
Articulation naviculaire-cunéiforme, talo-naviculaire ou calcanéocuboïdienne				
Chirurgicale.....D		513	278	7
Tarso-métatarsienne (Lisfranc)				
Fermée.....D		8391	62	7
Réduction fermée et embrochage.....D		8392	115	7
Chaque articulation de Lisfranc supplémentaireD		8393	50	UD

Réduction chirurgicale avec fixation interneD	8394	333	7
Réduction chirurgicale de plus de deux luxationsD	8395	460	7
Réduction opératoire du pied de Charcot, incluant le médiotarsienD	8396	700	7
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	7
Cheville			
Fermée.....D	2781	115	7
Chirurgicale.....D	2782	278	7
Réparation d'un ligament de la chevilleD	8348	256	7
Réparation de plusieurs ligaments de la chevilleD	8349	379	7
Rotule			
Fermée.....D	511	54	7
Réparation de luxation, aiguë.....D	2783	269	7
Réparation de luxation récidivanteD	8405	382	7
Réparation du ligament patello-fémoral médianD	8406	456	7
Ostéotomie du tubercule tibialD	8407	436	7
Trochléoplastie, incluant reconstruction du ligament fémoro-patellaire médial, dégagement rétinaculaire latéral.....D	9252	975	7
Genou			
Fermée.....D	1949	115	7
Chirurgicale.....D	1959	315	7
Réparation d'un ligament (tous les ligaments sauf le (LCP).....D	8408	400	7
Réparation du ligament médial et latéral.....D	8410	504	7
Reconstruction du ligament médial ou latéralD	8409	533	7
Reconstruction des ligaments médians et latéraux.....D	8411	704	7
Reconstruction du LCA.....D	8415	600	7
Reconstruction du LCA avec réparation médiale ou latéraleD	9253	859	7
Reconstruction du LCA avec reconstruction médiale et latéraleD	9254	999	7
Réparation de l'avulsion du LCP par approche postérieurD	9255	600	7
Reconstruction du LCPD	8416	786	7
Reconstruction du LCP avec réparation médiale ou latéraleD	9256	1045	7
Reconstruction du LCP avec reconstruction médiale et latéraleD	9257	1185	7
Reconstruction d'un cruciforme avec réparation d'un cruciformeD	9258	858	7
Reconstruction des LCA et LCPD	8418	1189	7
Reconstruction du LCA et LCP avec réparation médiale ou latéraleD	9259	1448	7

Reconstruction du LCA et LCP avec reconstruction médiale ou latéraleD	9260	1588	7
Reconstruction du LCA et LCP avec reconstruction médiale et latéraleD	9261	1717	7
Révision de la reconstruction du LCA incluant l'exérèse du matériel de fixation et création d'un nouveau tunnelD	9262	810	7
Première étape de révision en deux étapes pour reconstruction du LCA avec greffe osseuse dans le tunnel tibial et fémoral et exérèse du matériel de fixation (la reconstruction ultérieure du LCA est facturée comme une procédure primaire)D	9263	574	7
Révision de la reconstruction du LCPD	9264	1061	7

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Les techniques de reconstruction comprennent l'autogreffe ou l'allogreffe des ligaments. Il ne s'agit pas de techniques comme celles utilisant des bandes internes.*

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Un « code d'intervention secondaire » (codes 1779-9294) payable à 100 % peut être ajouté de la section sur l'arthroscopie du genou pour les reconstructions des ligaments de la rotule et du genou.*

Hanche			
FerméeD	509	154	7
ChirurgicaleD	510	308	8
Hanche, luxation congénitale			
Réduction fermée			
UnilatéraleD	2784	154	7
BilatéraleD	2785	231	7
Réduction fermée avec ténotomie d'adducteurs			
UnilatéraleD	553	231	7
BilatéraleD	554	308	7
Réduction chirurgicaleD	551	385	8
Avec opération de KoenigD	552	462	8
Articulation sacro-coccygienne, non chirurgicaleC	2788	HV	

Colonne vertébrale - voir « Articulations - excision » et « Articulations - arthrodèse »

Articulations temporo-mandibulairesD	2244	23	7
--	------	----	---

Arthroscopie

Arthroscopie de l'épaule

Arthroscopie diagnostiqueB	8450	218	7
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	7
Stabilisation arthroscopique de la luxation acromio-claviculaire.....D	8452	515	7
Stabilisation arthroscopique de la luxation chronique acromio-claviculaire et augmentation avec allogreffe ou autogreffe.....D	8797	615	7
Excision arthroscopique de la clavicule distaleD	8453	289	7
Acromioplastie arthroscopiqueD	8454	289	7
Acromioplastie arthroscopique et excision de la clavicule distale par une voie distincte.....D	8455	425	7
Stabilisation gléno-humérale antérieure.....D	8456	515	7
Stabilisation gléno-humérale postérieure.....D	8457	557	7
Révision de la stabilisation antérieure ou postérieureD	9265	695	7
Stabilisation gléno-humérale antérieure et postérieure...D	8458	675	7
Révision de la stabilisation gléno-humérale antérieure et postérieure.....D	9266	911	7
Augmentation de la glène/arthroscopie LatarjetD	9267	689	7
Révision de l'augmentation de la glène/arthroscopie LatarjetD	9268	930	7
Réparation antérieure/postérieure du labrum supérieur ..D	8459	436	7
Stabilisation gléno-humérale et réparation antérieure/Postérieure du labrum supérieur.....D	8460	675	7
Ténodèse arthroscopique du tendon du bicepsD	8461	515	7
Dégagement arthroscopique pour l'arthrofibroseD	8462	515	7
Réparation du sous-scapulaire.....D	9269	515	7
Réparation de la coiffe des rotateurs avec 1 ou 2 ancras de suture incluant acromioplastie.....D	8463	575	7
Réparation partielle d'un tendon uniquement avec augmentation, incluant l'acromioplastie.....D	9270	575	7
Réparation de la coiffe des rotateurs avec 3 ou 4 ancras de suture incluant l'acromioplastie.....D	8464	682	7
Réparation de la coiffe des rotateurs avec 5 ou plus ancras de suture ou sutures de convergence.D	9271	775	7
Avec augmentation par pontage structurel (autogreffe ou allogreffe)D	8465	875	7
Révision de la réparation de la coiffe des rotateurs incluant l'acromioplastie, en supplément.....	8466	35 %	UD
Reconstruction capsulaire supérieure pour déchirure de la coiffe des rotateurs non réparablesD	8467	875	7
Interventions secondaires par des voies distinctes Avec acromioplastie, en supplément.....	8468	77	UD
Avec excision de la clavicule distale par une incision distincte, en supplément.....	8469	77	UD

Avec acromioplastie et excision de la clavicule distale par une incision différente, en supplément.....	9272	144	UD
Ténotomie du biceps, en supplément.....	9273	35	UD
Ténodèse du biceps, en supplément	9274	144	UD
Réparation d'une lésion SLAP ou du labrum, en supplément.....	9275	144	UD
Réparation du sous-scapulaire, en supplément	9276	144	UD
Remplissage de lésion Hill Sachs, en supplément	9277	144	UD
Utilisation d'un dispositif d'augmentation de la coiffe des rotateurs, allogreffe ou autogreffe, en supplément	9278	100	UD

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Un maximum d'un supplément payable à 100 % pour une intervention secondaire.*

Arthroscopie du coude

Arthroscopie diagnostiqueD	8442	302	7
Synovectomie partielle et/ou ablation des souris articulaires symptomatiquesD	8443	376	7
Embroschage de fracture ostéochondraleD	8444	596	7
Synovectomie complète des compartiments antérieur et postérieur.....D	8445	655	7
Débridement de l'articulation trochléo-cubitale ou radio-capitulaire, incluant tous les os et les tissus mousD	8446	425	7
Débridement de l'articulation trochléo-cubitale ou radio-capitulaireD	8447	500	7
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	7
Dégagement latéralD	9279	376	7

Intervention chirurgicale secondaire :

Section de repli synovial radiocapitellaire, en supplément.....	9280	77	UD
Dégagement latéral, en supplément	9281	150	UD

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Un maximum d'un supplément payable à 100 % pour une intervention secondaire.*

Arthroscopie du poignet

Arthroscopie diagnostiqueD	8471	207	7
Synovectomie partielle ou exérèse des souris articulaires symptomatiques, rasage chondral, synovectomie partielle par plusieurs voies.....D	8472	341	7
Réparation arthroscopique du complexe fibrocartilagineux triangulaire avec suture, y compris débridement	9282	500	7

Procédures arthroscopiques secondaires			
Synovectomie complète, en supplément	8473	77	UD
Ganglionectomie, en supplément	8474	77	UD
Dégagement capsulaire, tissus mous, en supplément.	8475	77	UD
Arthroscopie des articulations médio-carpiennes ou radio-cubitales distales, en supplément	8476	77	UD
Réparation de ligament intercarpien, en supplément.	8477	150	UD
Débridement de déchirure du complexe fibrocartilagineux triangulaire, en supplément	8478	77	UD
Réparation du complexe fibrocartilagineux triangulaire et/ou du ligament ulnotriquétral, en supplément....	8479	150	UD

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

Arthroscopie de la hanche

Arthroscopie thérapeutique de la hanche, débridement, exérèse des souris articulaires et/ou labrum par plusieurs voies	D	8481	500	8
Réparation du labrum.....	D	8483	682	8
Reconstruction du labrum avec une allogreffe	D	8484	800	8
Ostéoplastie de la tête fémorale	D	8485	682	8
Ostéoplastie du rebord acétabulaire	D	8486	682	8
Réparation des abducteurs de hanche	D	8487	682	8
Bursectomie trochantérienne et résection du trochanter .D		8488	682	8

Intervention chirurgicale secondaire :


Ostéoplastie de la tête fémorale, en supplément		8489	200	UD
Ostéoplastie du rebord acétabulaire, en supplément		8490	200	UD
Dégagement du tendon du psoas, en supplément		8491	77	UD
Bursectomie trochantérienne, dégagement du fascia et résection du trochanter, en supplément.....		8492	200	UD
Réparation du labrum, en supplément.....		8494	200	UD
Reconstruction du labrum avec allogreffe, en supplément		8495	300	UD
Curetage, perçage ou microfracture, en supplément.....		9283	77	UD
Remplissage de microfracture avec matrice de cartilage synthétique, en supplément.....		9284	150	UD

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

Arthroscopie du genou (+/- biopsie)

Arthroscopie diagnostique	B	1962	139	7
Ménisectomie arthroscopique, genou un ou deux ménisques	D	2932	355	7
Sutures méniscales arthroscopiques, un ménisque	D	1841	412	7
Réparation arthroscopique de la racine				

méniscale (avec ancrés de suture ou tunnels tibiaux), un ménisque.....D	8798	500	7
Exérèse arthroscopique de souris articulaire.....D	2934	296	7
Section de repli synovial.....D	2938	295	7
Lésion ostéocondral/défaut			
Curetage.....D	2939	252	7
Ostéosynthèse.....D	2940	412	7
Remplissage de microfracture avec matrice de cartilage synthétique.....D	9285	412	7
Transplantation d'autogreffe ostéoarticulaire (OATS) unique ou multiple.....D	9286	412	7
Dégagement d'aileron externe de la rotule.....D	2941	219	7
Rasage du cartilage de la rotule.....D	2942	210	7
Rasage d'un condyle fémoral.....D	2943	231	7
des deux condyles fémoraux.....D	2944	308	7
Exérèse de corps étranger, crampons, vis ou broches.....D	2945	219	7
Chirurgie arthroscopique secondaire, même genou			
Dégagement rétinaculaire latéral, en supplément.....	1779	77	UD
Débridement du condyle fémoral médian, en supplément	1780	77	UD
Débridement du plateau tibial, en supplément.....	1781	77	UD
Débridement de l'articulation patello-fémorale, en supplément.....	1782	77	UD
Division des replis synoviaux, en supplément.....	1783	77	UD
Curetage, perçage ou microfracture simple d'ostéocondrite disséquante, défaut ostéocondral ou fracture, en supplément.....	9287	77	UD
Fixation interne ou remplissage de microfracture avec matrice de cartilage synthétique d'ostéocondrite disséquante, défaut ostéocondral ou fracture, en supplément.....	9288	150	UD
Autogreffe (Système de transfert d'autogreffe ostéocondrale [OATS]) pour défaut ostéocondral, en supplément.....	9289	150	UD
Ménissectomie, 1 ou 2 ménisques, en supplément.....	9290	77	UD
Réparation méniscale, en supplément.....	9291	150	UD
Réparation de la racine méniscale, en supplément....	9292	225	UD
Réparation méniscale et chirurgie cartilagineuse, en supplément.....	9293	225	UD
Réparation de la racine méniscale et chirurgie cartilagineuse, en supplément.....	9294	275	UD

 **Note sur l'Assurance-maladie : Une seule intervention secondaire, codes de service 1779-9294, est payable en plus d'une chirurgie arthroscopique primaire sur le même genou ou d'une reconstruction ligamentaire primaire du même genou ou de la même rotule.**

Arthroscopie de la cheville

DiagnosticqueB	8496	217	7
Thérapeutique avec débridement, exérèse des souris articulaires, synovectomie et excision de la lésion de conflit des tissus mous par plusieurs voies.....D	2935	294	7
Réparation de l'ostéochondrite du tibia et/ou du talus par perçage ou microfracture incluant le débridement, en supplément.....	8497	77	UD
Remplissage de microfracture avec matrice de cartilage SynthétiqueD	9295	412	7
Fixation interne d'une lésion ostéochondrale.....D	9296	412	7
Transplantation d'autogreffe ostéoarticulaire (OATS) un ou multipleD	9297	412	7
Interventions secondaires			
Curetage, perçage ou microfracture, incluant le débridement, en supplément	9298	77	
Embrochage de l'ostéochondrite, incluant perçage ou microfracture, en supplément.....	8498	150	UD
Excision de l'exostose du tibia et/ou du talus, en supplément	8499	77	UD
Excision de l'exostose du talus, en supplément	9299	77	UD
Arthroscopie articulaire sous-talienne, en 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 doigtD	2790	152	7
OrteilD	2791	171	7
PoignetD	2792	250	7
CoudeD	532	246	7
Arthrolyse du coude incluant le dégagement de la capsule antérieure, excision pointe coronoïde, excavation fosse coronoïde, excision pointe olécrane et excavation fosse olécranienne D	8358	714	7
Excision pontage osseux extra-articulaire, en supplément	9300	200	UD
Application d'un fixateur externe articulé, en supplément	8359	200	UD
Épaule.....D	2793	272	7
ChevilleD	1967	232	7
GenouD	570	238	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Arthrolyse du genou et plastie du quadriceps	D	567	421	7
Arthrolyse du genou avec arthrotomie, plastie du quadriceps (lyse des quadriceps) avec allongement en V-Y du mécanisme extenseur.....	D	8398	714	7
avec augmentation par allo/autogreffe	D	9301	914	7
Hanche.....	D	547	355	8
Articulation sacro-iliaque.....	D	8399	230	8
Excision				
Kyste arthrosynovial	D	398	77	7
Capsulectomie, capsulotomie, synovectomie, articulation digitale ou métacarpo-phalangienne	D	2796	192	7
Chaque intervention supplémentaire, même doigt.....	D	2797	75%	UD
Synovectomie, poignet +/- excision de la tête du cubitus.....	D	2798	308	7
Kyste poplité du genou (Baker)	D	575	271	7
Méniscectomie, genou				
Un ménisque	D	568	251	7
Médiale et latérale.....	D	569	308	7
Synovectomie, genou antérieur.....	D	2005	357	7
Synovectomie, genou antérieur et postérieur	D	8741	535	7
Synovectomie de la hanche	D	8742	436	7
Synovectomie de l'épaule	D	8743	401	7
Synovectomie du coude	D	8744	389	7
Synovectomie de la cheville	D	8745	349	7
Ostéochondrite disséquante				
Curetage	D	2800	251	7
Fixation interne	D	2801	308	7
Arthrotomie de la cheville avec ostéotomie de la malléole.....	D	8746	357	7
avec fixation interne de l'ostéochondrite disséquante ..	D	9302	522	7
Neurectomie, hanche.....	D	559	269	7
Méniscectomie, articulation temporo-mandibulaire	D	2245	154	7
Condylectomie	D	2246	231	7
Arthroplastie reconstructive (voir ostéotomie)				
Articulation de doigt ou pouce, incluant synovectomie et arthroplastie du pouce	D	2317	298	7
Arthroplastie du doigt	D	8690	251	7
Chaque articulation supplémentaire.....	D	2318	125	UD
Reconstruction du ligament avec interposition du tendon (RLIT).....	D	9303	353	7
Remplacement d'os carpien	D	2619	315	7
Poignet				
Remplacement de la tête cubitale.....	D	1755	385	7
Remplacement total, tout compris	D	2799	800	7
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément.....		8691	115	UD

Révision totale, poignet.....D	8692	1080	8
Coude			
Remplacement de la tête radialeD	2621	385	7
Remplacement totale, incluant l'excision de la tête radiale, neurolyse du nerf cubital et réparation du tricepsD	2625	800	7
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément.....	8693	115	UD
Révision du remplacement total du coudeD	8694	1013	16
Allogreffe en bloc pour reconstruction du cubitus proximal ou l'humérus distal, en supplément	9304	400	UD
Greffe par impaction et/ou « mesh » chirurgicale pour l'humérus, en supplément	9305	400	UD
Arthroplastie du coude avec distraction.....D	8695	714	8
Articulée, en supplément	8696	200	UD
Remplacement complet de l'épaule, incluant le composant glénoïdienD	2805	682	10
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément.....	8697	115	UD
HémiarthroplastieD	8698	568	10
Remplacement de l'épaule, prothèse totale inversée.....D	8699	800	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 la tête humérale modulaire et/ou de la glène modulaireD	9306	380	10
Révision d'un composant non modulaire (humérus ou glène).....D	9307	955	10
Révision de composants huméraux et glénoïdes non modulairesD	9308	1228	10
Révision de composants modulaires avec synovectomie pour l'infectionD	9309	765	10
Révision de 1er stade pour infection avec Prostalac ou espaceurD	9310	982	10
Échange primaire pour l'infectionD	9311	1719	10
Dispositif d'augmentation métallique pour reconstruction de la glène, en supplément.....	9312	300	UD
Allogreffe ou autogreffe en bloc pour la reconstruction de la glène, en supplément.....	9313	400	UD
Allogreffe ou autogreffe en bloc pour arthroplastie humérale, en supplément.....	9314	400	UD
Greffe par entretoise ou maille chirurgicale métallique			

pour l'humérus, en supplément.....	9315	200	UD
Grefe par impaction pour l'humérus, en supplément.....	9316	400	UD
Exérèse seulement (acte isolé) Non cimentée.....D	9317	420	10
CimentéeD931852410			

Pied et cheville

Gros orteil (pas dans le cadre d'une reconstruction de l'avant-pied impliquant d'un petit orteil)

Orteil, incluant Keller, McBride (voir aussi « Ostéotomie »).....D	585	192	7
Bunionectomie avec correction des tissus mous, ténotomie, tout compris.....D	8902	216	7
Bunionectomie avec correction des tissus mous, ténotomie et ostéotomie distale du premier métatarsien, tout comprisD	8903	273	7
Bunionectomie et ostéotomie proximale du premier métatarsien, ténotomie, tout compris.....D	8904	401	7
Arthroplastie première articulation MTP (dispositif interpositionnel de type « Cartiva » ou hémiarthoplastie).....D	8905	259	7
ChéilectomieD	8906	216	7
Fusion métatarso-phalangienne du gros orteilD	8909	259	7
Remplacement total MTP premier orteil avec remplacement tête métatarsienne et phalange proximale.....D	9319	401	7
Fusion interphalangienne du gros orteil.....D	8907	146	7
Ostéotomie d'Akin.....D	8908	192	7

Petits orteils

(pas dans le cadre d'une reconstruction de l'avant-pied impliquant le gros orteil)

Orteil en marteau incluant une ténotomie de l'extenseurD	588	115	7
Chaque additionnel, en supplément.....	589	77	UD
Fusion de l'articulation IP distale ou proximale des autres orteils avec implants permanents, un seul orteil, incluant une ténotomie de l'extenseurD	8910	142	7
chaque orteil additionnel, en supplément	9320	77	UD
Ostéotomie de Weil, incluant toutes les interventions sur les tissus mous et la correction éventuelle de l'orteil en marteauD	9321	218	UD
Chevauchement 5ieme orteil.....D	2807	142	7
Reconstruction plaque plantaire, incluant arthrodèse IP proximale ou distale même orteil, ostéotomie, toutes ténotomies, allongement ou transferts de tendons, ou toute autre intervention sur l'allongement ou transferts, ou toute autre intervention sur la même articulation par même incision ou incision étendue.....D	9336	350	7

Reconstruction du pied et de la cheville

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

Reconstruction du pied creux (comprend l'ostéotomie calcanéenne, le dégagement du fascia plantaire, la fusion du médio-pied, l'ostéotomie métatarsienne)D 8911 651 7

☞ *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, en supplément..... 8912 96 UD
 Réparation du ligament latéral de la cheville, en supplément 8913 128 UD
 Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, en 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 7

☞ *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, en supplément 8912 96 UD
 Plicature du ligament ressort, en supplément 8916 128 UD
 Reconstruction du ligament deltoïde, en supplément 8917 128 UD
 Transfert du muscle long fibulaire au muscle court fibulaire, en 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 7

☞ *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, en supplément..... 8919 96 UD
 Reconstruction du pied et de l'avant-pied avec chirurgie du gros orteil et deux ou plus petits orteils

(comprend bunionectomie, ostéotomie proximale du 1 ^{er} métatarsien, l'arthrodèse tarso-métatarsienne, l'ostéotomie d'Akin et le réalignement des tissus mous).....D	8920	401	7
---	------	-----	---

☞ *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, en supplément.....	8921	109	UD
Réduction ouverte de la luxation du deuxième orteil, (non applicable à la fusion de l'articulation Interphalangienne proximale du même orteil), en supplément	8922	36	UD
Ostéotomie de Weil d'un métatarsien plus petit, en supplément	8923	96	UD
Ténoplasties des extenseurs ou allongement à 2 orteils ou plus, en 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)	8925	566	7
---	------	-----	---

☞ *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)	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, en supplément	8927	96	UD
Talectomie, en supplément	8928	135	UD
Cheville - remplacement total	2809	800	8
Révision avec changement du polyéthylène et débridement osseux	8929	800	8
Révision de la cheville complète	8930	1296	8

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en 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 bilatéral du genou pendant la même séance	D	8774	1364	15
Exérèse des dispositifs de fixation interne lors de l'arthroplastie, en supplément		8775	115	UD
Démontage de genou fusionné (acte isolé)	D	8777	1228	11
Révision de l'insert tibial modulaire.....	D	8778	458	11
Révision de l'insert tibial modulaire avec synovectomie complète pour l'infection aiguë.....	D	8779	765	11
Révision de l'insert modulaire et bouton patellaire	D	8780	611	11
Révision d'une composante non modulaire fémorale ou tibiale	D	8781	955	11
Révision de composantes non modulaires fémorales et tibiales	D	8782	1228	11
Nouvelle chirurgie pour l'insertion d'un bouton patellaire	D	8783	436	11
Utilisation de cônes métalliques pour la révision tibiale, en supplément		9322	77	UD
Utilisation de cônes métalliques pour la révision fémorale, en supplément		9323	77	UD
Greffe par entretoise fémur distal, en supplément		9324	200	UD
Greffe par entretoise tibia, en supplément.....		9325	200	UD
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut unique, en supplément		8784	238	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut unique, en supplément.....		8785	238	UD
Allogreffe en bloc pour fémur à défaut circonférentiel, en supplément		8786	833	UD
Allogreffe en bloc pour tibia à défaut circonférentiel, en supplément		8787	859	UD
Allogreffe structurelle en bloc pour fémur distal et tibia proximal, en supplément.....		8788	1004	UD
(Toutes les allogreffes en bloc ci-dessus sont structurelles)				
Révision de 1er stade pour infection avec Prostalac ou espaceur	D	8789	982	11
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 définitive sur tige	D	8790	2210	11

Reconstruction biologique du genou

Transplantation d'allogreffe méniscale, tout comprisD	8449	886	7
Allogreffe ostéochondrale pour fémur distal, plateau tibial ou rotule (pas d'autogreffe).....D	9326	866	7

Arthroplastie de la hanche

☞ **Note de l'Assurance-maladie: Remplacement primaire de la hanche incluant les injections, le dégagement des tendons, les interventions sur les tissus mous périarticulaires comme les bursectomies, l'exploration du nerf sciatique et le remplissage des kystes par greffe osseuse.**

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

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

Remplacement bilatéral des deux hanches pendant la même séance.....D	8935	1194	13
Dysplasie de la hanche avec ostéotomie sous-trochantérienne (acte isolé).....D	8936	1228	12
Défusion de la hanche (acte isolé).....D	8937	1228	12
Remplacement de la hanche avec resurfaçage.....D	8938	750	13
Révision de la tête fémorale modulaire.....D	8939	380	13
Révision de la composante acétabulaire modulaire avec ou sans tête fémorale modulaire.....D	8940	500	13
Révision de la composante fémorale ou acétabulaire non modulaire.....D	8942	955	13
Révision de la composante fémorale non modulaire avec échange du revêtement acétabulaire.....D	9327	1020	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 de la diaphyse fémorale (pas le grand trochanter), spécialement pour les défauts fémoraux confinés avec tige Exeter, en supplément.....	8945	400	UD
Greffe fémorale par entretoise ou « mesh » chirurgicale métallique, en supplément.....	9328	200	UD
Allogreffe en bloc pour reconstruction fémorale, en supplément.....	8946	400	UD

Autogreffe ou allogreffe en bloc pour arthroplastie acétabulaire, en supplément	8947	400	UD
Dispositif d'augmentation métallique pour arthroplastie acétabulaire, en supplément	8799	300	UD
Révision de 1er stade pour infection avec Prostalac ou espaceur	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	8949	2210	13
Arthroplastie de la main			
Articulation CMC du pouce			
Ablation du trapeze, synovectomie et reconstruction du ligament dorsal	9470	550	7
Excision du trapeze, transposition tendineuse, synovectomie, reconstruction du ligament dorsal +/- suspensionpiastie +/-brochage	9471	694	7
Doigt (toute articulation) ou articulation MCP du pouce			
Doigt (MCP/PIP) ou pouce (MCP) qui inclue la synovectomie, la reconstruction du ligament, la transposition tendineuse/ténodèse, l'interposition de la plaque palmaire, brochage et ancrage osseux.....	9472	550	7
Remplacement total (y compris la ténodèse/transposition tendineuse, l'ostectomie, la synovectomie, l'alesage osseux et la pose d'implants)	9473	600	7
Articulation radio-ulnaire distale			
Arthroplastie de la hémi-résection			
Ostéotomie ulnaire, synovectomie, capsulodèse/ténodèse	9474	555	7
Arthroplastie ARUD totale			
Ostéotomie ulnaire, synovectomie, transpositions tendineuses (ECU/FCU), capsulodèse	9475	820	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les actes secondaires associés aux remplacements ou aux révisions de la hanche qui sont payables à 75% sont les suivants; Ostéotomie du fémur (code de service 2613); Réduction ouverte avec fixation interne fémur (code de service 2754). La ténoplastie (codes de service 2309) accomplie par des incisions distinctes sont payable à 100%.*

Exérèse seulement (acte isolé)

Non cimentée.....D	8400	420	8
Cimentée.....D	8401	524	8
Arthrodèse (fusion)			
Doigt, articulation IP du pouce sans ténodèseD	8956	236	7
Doigt, articulation IP du pouce avec ténodèse.....D	9476	530	7
Doigt, articulation MP du pouce sans ténodèseD	2813	276	7
Doigt, articulation MP du pouce avec ténodèse.....D	9477	560	7
Poignet -articulation carpienne sans excision des os du carpeD	8958	459	7
Poignet -articulation carpienne avec excision de 1 os du carpe.....D	9478	656	7
Poignet -articulation carpienne avec excision de 2 os du carpeD	9479	853	7
Poignet -articulation radiocarpienne sans excision des os du carpeD	533	496	7
Poignet -articulation radiocarpienne avec excision de 1 os du carpe.....D	9480	692	7
Poignet -articulation radiocarpienne avec excision de 2 os du carpe.....D	9481	889	7
Poignet -articulation radiocarpienne avec excision de 3 os du carpe.....D	9482	1086	7
Excision du scaphoïde et fusion des 4 coinsD	9329	496	7
CoudeD	530	496	7
Épaule.....D	523	496	7
Tarso-métatarsienneD	9337	371	7
Chaque fusion tarso-métatarsienne additionnel, en supplémentD	9338	77	UD
Médiotarsienne.....D	8959	382	7
Chaque fusion médiotarsienne additionnel, en supplément.....D	8960	77	UD
Fusion du pied arrière simple.....D	8961	479	7
Fusion du pied arrière double.....D	8962	551	7
Fusion du pied arrière tripleD	8963	596	7
Fusion de la cheville et fusion sous-talaireD	8964	734	7
Fusion de la cheville et fusion sous-talaire nécessitant une approche directe (pas d'insertion de clou du pied arrière à travers l'articulation sous-talaire)D	8965	827	7
Fusion calcanéo-tibialeD	8966	608	7
Fusion calcanéo-tibiale et fusion du médio-piedD	8967	827	7
ChevilleD	584	534	7
GenouD	574	600	11
Genou après exérèse de la prothèseD	8968	840	11
HancheD	548	777	13
Articulation sacro-iliaque nécessitant la documentation de la technique de décorticage de l'articulation sacro-iliaque (pas simplement le passage de vis			

percutanées ou de dispositifs métalliques poreux)D	546	717	7
Fixation de l'articulation sacro-iliaque par des vis ou des dispositifs métalliques.D	9330	505	7
Révision de fusion ou non-union avec greffe osseuse, ostéotomie tout compris, en supplément.....	8969	40 %	UD

Section 6 : Tendons, aponévroses, ligaments

Incision

Abcès palmaire			
Anesthésie locale.....D	2635	15	7
Anesthésie générale.....D	2636	31	7
Ténosynovite aiguë, drainage, soins complets.....D	361	92	7
Fasciotomie, compartiment uniqueD	397	113	7
Fasciotomie, compartiments multiples.....D	396	231	7
Ténotomie, un tendonD	2819	184	7
Excision d'une masse du tendon/gaine [tuberculose, tumeur a cellules géantes, ganglion complexe, etc.] qui inclue l'arthrotomie, la neurolyse, l'excision de la gaineD	9483	231	7
Ténosynovectomie, fléchisseurD	2824	199	7
Ténosynovectomie, extenseur.....D	2823	176	7
Fasciotomie fermée (aveugle).....D	2818	62	7
Fermeture secondaire de fasciotomie.....D	8708	104	7
Débridement pour fasciite nécrosante (en salle d'opération seulement)D	8709	450	8

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Les patients doivent être admis dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins courants avec un diagnostic primaire de fasciite nécrosante ou un rapport pathologique documentant la gravité de l'infection.*

Débridement pour toutes les autres infections des tissus mousD	9331	200	7
---	------	-----	---

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 8709 et 9331 sont payable une fois par patient par hospitalisation. Facturer le code 8290 (débridement de plaie sous anesthésie générale) si nécessaire pour débridement additionnel lors de la même hospitalisation.*

Mesure de la pression du compartiment (max 1).....B	8710	59	7
Exploration de tendon, gaine tendineuse (incluant drainage, exérèse de corps étranger)D	392	92	7
Ténosynovite sténosante (doigt a ressaut) Liberation simple, percutanée ou ouverteD	9484	92	7
Ténosynovite De Quervain Liberation simple, percutanée ou ouverteD	9486	92	7
Liberation complete, y compris l'excision du retinaculum/ des septums, la transposition des tendons a la formulation sous-cutanée et les ténosynovectomies des extenseursD	9487	485	7

Ténotomie de la hanche (acte isolé).....D	8711	219	7
Excision de fascia pour fibromatose plantaireD	8712	259	7
Excision de fascia pour fibromatose plantaire et révision ou greffe de peauD	8713	336	7
Maladie de Dupuytren, soins complets			
Excision localisée (pas de structures, seulement les nodules palmaires et digitaux)D	401	154	7
Fasciectomy palmaire (contracture de l'articulation métacarpophalangienne et/ou interphalangienne proximale > 15°).....D	403	462	7
Avec greffe cutanéeD	402	550	7
Aponévrotomie à l'aiguille (contracture de l'articulation carpo-métacarpienne et/ou interphalangienne proximale > 15°)D	845	462	7

☞ *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	7
Tumeur de gaine tendineuseD	2822	77	7
Gaine tendineuse pour tuberculoseD	400	231	7
Décompression du canal carpien.....D			
611	158	7	
Décompression du nerf cubital au coude, incluant la transposition (acte isolé).....D			
8714	306	7	
Épicondylite latérale (« coude du joueur de tennis »).....D			
1964	231	7	

Réparation, reconstruction

Suture du tendon - main, poignet, pied, cheville (même membre)

ExtenseurD	613	175	7
FléchisseurD	615	271	7
Reparation de ligament collatérauxD	2641	192	7

Réparation du tendon

Biceps, extrémité supérieureD	619	269	7
Biceps, extrémité inférieureD	8751	347	7
TricepsD	8752	347	7
Tendon d'Achille.....D	618	269	7
Tendon rotulienD	2825	313	7
Tendon du quadricepsD	620	313	7
Réparation tardive de ce qui précède (plus de six			

semaines), en supplément.....	8753	125	UD
Réparation tardive de ce qui précède par allogreffe ou autogreffe, en supplément	8754	275	UD
Ténoplastie : raccourcissement ou allongement,			
Tendinectomie, tout siège, acte isolé.....D	2309	191	7
Reconstruction de poulies de tendons fléchisseurs.....D	2640	192	7
Insertion de tendon en silastic.....D	2307	269	7
Grefte tendineuse libre, acte global.....D	617	308	7
Dégagement intrinsèque du doigt, acte indépendant.....D	2320	154	7
Correction de la déformation en boutonnière.....D	2321	154	7
Correction de la déformation en col de cygne.....D	2322	154	7
Pied bot, talus vertical			
Allongement du tendon.....D	594	154	7
Plus dégagement métatarsien médial ou capsulotomie postérieure.....D	595	400	7
Plus dégagement métatarsien médial et capsulotomie postérieure.....D	596	718	7
Transfert, transposition de tendon, ténodèse			
Un.....D	2069	353	7
Chaque acte supplémentaire.....	2070	75 %	UD
Transfert de tendon, orteil plus petit.....D	8755	154	7
Transfert tendineux et musculaire, hanche.....D	8756	511	8
Réparation de l'avulsion du tendon d'abducteur, hanche (acte isolé).....D	8757	353	8
Réparation de la coiffe des rotateurs			
Réparation ouverte ou mini-ouverte de la coiffe des rotateurs, incluant l'acromioplastie			
avec 1 ou 2 ancras de suture.....D	524	428	7
avec 3 ancras de suture ou plus.....D	8758	556	7
avec 3 ancras de suture ou plus et dispositif d'augmentation (allogreffe ou autogreffe).....D	8759	682	7
Arthroscopie diagnostique avec réparation ouverte ou mini-ouverte de la coiffe des rotateurs, en supplément.....D	9332	109	UD
Décollement de l'aponévrose fémorale, allongement de la bandelette de Maissiat.....D	1968	154	7
Transplantation de doigt, pédicule vasculaire - soins complets.....D	2313	500	7
Blessures multiples à la main, p. ex. blessures par tondeuse à gazon ou scie à chaîne comprenant plusieurs structures, soins complets incluant les actes en plusieurs étapes (protocoles opératoires requis), maximum 769 unités.....D	2316	CS	7

Suture méniscale (acte isolé)

Un ménisque.....D	578	312	7
Ménisques médiaux et latérauxD	579	408	7

Section 7 : Bourses séreuses

Excision

Ganglion ou kysteD	8873	166	7
Coude - bourse olécrânienne.....D	601	131	7

Genou

bourse prérotulienneD	602	143	7
kyste poplité (de Baker)D	8874	271	7

Hanche - bourse trochantérienneD	2826	174	7
Bourse ischiatique.....D	8875	174	7

Section 8 : Muscles

Incision

Section du scalène antérieur.....D	605	231	7
Avec résection de côte cervicaleD	606	308	7

Excision

Biopsie musculaire.....B	607	56	7
--------------------------	-----	----	---

Exérèse de corps étranger ou fibrome

Anesthésie localeD	2828	77	
Anesthésie générale.....D	608	CS	7

Excision de tumeur musculaire.....D	609	CS	7
-------------------------------------	-----	----	---

Reconstruction

Rétraction des gastrocnémiens, unilatérale.....D	1969	233	7
--	------	-----	---

Ténotomie du tendon d'Achille, ouverte ou ferméeD	8748	154	7
---	------	-----	---

Quadricepsplastie.....D	8749	379	7
-------------------------	------	-----	---

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

Coude.....D	8894	371	7
Bras, à l’humérus.....D	623	400	7
Épaule, désarticulation.....D	622	620	9
Inter-scapulo-thoracique.....D	621	673	15

Membre inférieur

Pied

Toute articulation ou phalange

Une.....D	640	138	7
Chaque articulation ou phalange supplémentaire....	641	75%	UD
Transmétatarsienne			
Une.....D	637	222	7
Deux ou plus.....D	638	323	7
Médiotarsienne.....D	8895	331	7

Cheville (opération de Syme).....D	635	408	7
Jambe, au tibia et péroné.....D	634	408	7
Cuisse, au fémur.....D	633	408	7
Hanche, désarticulation.....D	632	1200	10
Inter-ilio-abdominale (du postérieur).....D	631	1200	15
Révision de l'amputation (y compris l'os) au même niveau sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent).....D	8896	50 %	
Révision de l'amputation (tissus mous seulement) au même niveau sous anesthésie générale, sédation consciente ou anesthésie d'un nerf principal (honoraires calculés en fonction du code d'amputation précédent).D	8897	30 %	

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

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

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

Reparation d'une amputation traumatique du doigt

Débridement des tissus mous seulement.....D	9488	38	7
Débridement des tissus mous, raccourcissement de l'os...D	9489	144	7
Débridement des tissus mous, raccourcissement de l'os, greffe du tissu.....D	9490	308	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service énumérés ci-dessous sont tous inclus.*

Articulation MCP ou distale, qui inclue l'ostectomie de la phalange, la tendinectomie, l'enfouissement des paquets neurovasculaire et le recouvrement de l'os par lambeau.....D	9491	430	7
---	------	-----	---

Transmétacarpienne, pour inclure l'ostectomie du métacarpien, la tendinectomie, l'enfouissement des paquets neurovasculaire et le recouvrement de l'os par lambeau.....D	9492	540	7
--	------	-----	---

Désarticulation du poignet, qui inclue la ténotomie de

tous les tendons fléchisseurs et extenseurs, la neurectomie majeure des nerfs medians, cubitiaux et radiaux, et le recouvrement des os par de multiples lambeaux de tissus mous	D	9493	1052	7
Désarticulation du poignet, qui inclue la ténotomie de tous les tendons fléchisseurs et extenseurs, neurectomie majeure des nerfs medians, cubitiaux et radiaux, et le recouvrement des os avec des lambeaux pédiculés neurovasculaires	D	9494	1232	7
Avant-bras, a travers le radius et le cubitus, qui inclue la ténotomie/myotomie de tous les tendons fléchisseurs et extenseurs, la neurectomie majeure des nerfs medians, cubitiaux et radiaux, et le recouvrement des os par de multiples lambeaux de tissus mous.....	D	9495	1131	7
Bras, a travers l'humérus, qui inclue la ténotomie/myotomie de tous les tendons fléchisseurs et extenseurs, la neurectomie majeure des nerfs medians, cubitiaux et radiaux, et le recouvrement des os avec de multiples lambeaux de tissus mous	D	9496	1160	7

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.
8. À la fin de la première étape (antérieure ou postérieure), le patient est transféré sur une nouvelle table d'opération ou retourné de 180 degrés sur lui-même sur la même table. Ensuite, le patient est de nouveau préparé et drapé entièrement avant de passer à l'étape suivante (postérieure ou antérieure). Toutes ces étapes doivent être clairement documentées dans le rapport d'opération.

9. L'utilisation des techniques de visualisation améliorées, notamment le microscope opératoire et la neuronavigation, sont incluses dans la procédure chirurgicale.

Antérieur

Décompression antérieure

Cervicale

Excision de disque, partielle ou complète, 1 niveau..D	8810	708	10
Corpectomie, 1 niveauD	8811	1087	12
Décompression antérieure, abord par voie intrabuccaleD	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 100 % (abord distinct).

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

Postérieur**Décompression postérieure****Cervicale et/ou thoracique**

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

Lombaire

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

Autres

Ostéotomie de soustraction pédiculaire (Résection des éléments postérieurs, du pédicule et du corps vertébral pour faciliter le réalignement sagittal. Le code est appliqué une fois pour un seul niveau, deux fois pour deux niveaux, etc.), en 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, en supplément	8838	550	UD
Vertébroectomie (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	8839	653	UD

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

Fusion sans instrumentation, 1 niveau	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, en supplément		8842	539	UD
Fusion avec instrumentation, incluant l'ilium, en supplément		8843	113	UD
Instrumentation intersomatique placée par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure)	D	8844	1024	13
Mise en place d'un dispositif interépineux, sans fusion, 1 niveau	D	8845	500	13
Décompression/arthrodèse de révision qui intègrent le niveau de la chirurgie d'origine, en supplément		8846	+35%	UD

☞ *Note sur l'Assurance-maladie : Le code de service 8846 ne doit pas nécessairement être appliqué à l'intervention chirurgicale principale en cours, mais plutôt à l'intervention chirurgicale antérieure qui est en cours de révision. À des fins de facturation, en plus du ou des codes primaires facturés, le chirurgien doit sélectionner la description de la chirurgie précédente dans le champ « En fonction du code de service » auquel la prime de révision s'appliquera.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 8846 ne doit s'appliquer qu'à la procédure primaire effectuée.*

Vertébroplastie (injection du matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	8848	304	8
Kyphoplastie (application du ballonnet tampon, injection de matériau stabilisant dans le corps vertébral), 1 niveau	D	8849	457	9
Laminoplastie, 1 niveau, incluant l'instrumentation, la décompression (technique porte ouverte ou double porte).....	D	8850	1029	13
Instrumentation cervicale, thoracique ou lombaire postérieure sans fusion (exemples : en cas de traumatisme ou d'ajout d'une instrumentation postérieure à une fusion intersomatique lombaire antérieure, oblique ou directe), un niveau	D	8851	898	13
Cimentoplastie (vis pédiculaires fenêtrées), en supplément.....		9333	152	UD

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9333 peut être facturé une fois par cas, et non par vis ou par niveau.*

Décompression ou arthrodèse, chaque niveau additionnel, en supplément.....		8852	77	UD
Décompression et arthrodèse				

Chaque niveau additionnel, en supplément	8853	154	UD
Décompression et fusion postérieure plus fusion intersomatique, Chaque niveau additionnel, en supplément	9334	231	UD

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 8852, 8853 et 9334 peuvent être facturés une fois pour chaque niveau après le niveau de référence, c'est-à-dire qu'une chirurgie sur trois niveaux inclurait un de ces codes deux fois.*

Antérieur, interventions groupées

Décompression unilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	8854	1341	13
Décompression bilatérale postérieure sur 1 niveau et fusion avec instrumentation	D	8855	1433	13
Fusion intersomatique lombaire sur 1 niveau par abord postérieur (fusions intervertébrales par voies transforaminale et postérieure) avec fusion postérieure avec instrumentation	D	8856	1610	13
Avec décompression unilatérale pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral.....	D	8857	1853	13
Avec décompression bilatérale postérieure pour la compression nerveuse, mais pas l'accès à l'espace intervertébral.....	D	8858	1982	13

Autres

Insertion d'un dispositif de traction ou de fixation cranosquelettique	D	8859	250	10
Mise en place de la veste de Halo et ajustements, en 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 plaie rachidienne en cas d'infection ou d'hématome, acte isolé	D	8866	283	10

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les infections/hématome vertébraux profonds accompagnés de symptômes neurologiques doivent être facturés sous les codes de service de révision de décompression ou de fusion appropriés.*

☞ *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	8868	539	9
Implantation ou révision du matériel de stimulation ou des conducteursD	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 dorsaleD	8871	100	9
Neurolyse intradurale de lésions atypiques (diastématomyélie, syndrome du filum terminal, etc.) un niveauD	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	7
Excision			
Biopsie de tissu mouB	644	54	7
Biopsie osseuseB	645	31	
Excision de polypes des fosses nasales – un côté.....B	647	77	7
Excision de fibrome rhinopharyngé.....D	649	385	7
Excision de lésions intranasales par rhinotomie latéraleD	1773	375	7
Excision de tumeur du rhinopharynx (Wilson, par voie transpalatine).....D	2037	308	7
Rhinophyma, complète, incluant greffes cutanées au besoinD	650	154	7
Septemctomie incluant septoplastie.....D	652	192	7
Septoplastie avec correction de difformité nasaleD	8877	385	7
Réduction de cornet, un ou deux côtés, comportant cautérisation, cryochirurgie ou turbinectomieB	654	45	7
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	7
RhinopharyngoscopieC	2853	36	
Neurectomie du nerf vidien			
Un côté.....D	661	115	7
Deux côtés.....D	662	231	7
Insertion de bouton septalD	700	115	7
Manipulation			
Contrôle d'hémorragie nasale			
Par cautérisation de la cloison nasale.....B	666	15	7
Par tamponnement nasal antérieurA	667	15	7
Par tamponnement nasal postérieur Anesthésie localeD	668	77	

Chapitre 9 : Appareil Respiratoire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Anesthésie générale	D	670	115	7
Par cautérisation (électrique) de la cloison nasale	B	669	31	7
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	58	7
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne.....	B	1788	123	7
Bilatérale.....	B	1787	77	7
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne.....	B	1789	185	7

Incision

Ponction antrale unilatérale.....	A	672	15	7
Sinusotomie maxillaire, antrotomie simple				
Un côté.....	D	673	92	7
Les deux côtés.....	D	674	154	7
Sinusotomie maxillaire, antrotomie simple	D	675	231	7
Sinusotomie sphénoïdale	D	676	115	7
Sinusotomie frontale, trépanation externe				
Simple	D	677	115	7
Radicale.....	D	678	385	7
Sinusotomie fronto-ethmoïdo-sphénoïdale par voie externe	D	679	385	7

Excision

Ethmoïdectomie

Unilatérale	D	656	154	7
Avec sinuscopie +/- construction d'ostium maxillaire	D	1790	231	7
Bilatérale	D	657	231	7
Avec sinuscopie +/- construction d'ostium maxillaire	D	1791	347	7
Ethmoïdectomie radicale – par voie externe.....	D	1777	300	7
Trans-sinusale, y compris Caldwell-Luc	D	1778	300	7

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	7
Thyrotomie (quille intralaryngée).....	D	685	231	7
Introduction				
Intubation du larynx (acte isolé)	C	687	23	
Endoscopie				
Laryngoscopie directe				
Sans biopsie	B	688	62	7
Avec biopsie.....	B	689	62	7
Laryngoscopie				
Avec extraction de corps étranger.....	D	690	115	7
Avec excrèse d'excroissance bénigne.....	D	691	154	7
Avec injection dans une corde vocale.....	D	692	154	7
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	7
Laryngocèle				
Externe	D	695	308	7
Interne	D	696	231	7

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 7

Thérapeutique, avec succion.....

B 2587 92 7

Bronchoscopie rigide

Thérapeutique, avec extraction de corps étranger.....

D 701 154 7

Dilatation de sténose

D 2588 154 7

Subséquente

D 2589 115 7

Bronchoscopie souple +/- biopsie.....

B 699 108 7

Thérapeutique, incluant succion

B 2591 92 7

Bronchoscopie diagnostique souple –

biopsie par brossage de tous les segments

B 2590 293 7

Biopsie pulmonaire transbronchique par

bronchoscope souple.....

B 1724 150 7

Bronchoscopie avec résection palliative endobronchique de tumeur y compris par laser ou par cryothérapie, en supplément	731	54	UD
Échographie endobronchique – EBUS	8156	148	7
Biopsie ou ponction à l'aiguille fine, en supplément	8157	77	UD
<i>Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8157 s'ajoute au code de service 8156 – Échographie endobronchique uniquement.</i>			
Incision			
Trachéostomie.....	697	250	7
Changement de tube de trachéostomie		HV	
Création de fistule trachéo-oesophagienne	702	154	7
Insertion de prothèse vocale.....	703	20	7
Excision			
Résection segmentaire de la trachée cervicale.....	2485	600	24
Résection de la trachée médiastinale par sternotomie ou thoracotomie.....	2486	700	24
Réparation			
Traumatisme de la trachée			
Trachéorraphie			
Cervicale	706	150	7
Intrathoracique	2490	308	13
Fermeture de trachéostomie ou de fistule trachéale.....	707	115	7
Fermeture de fistule trachéo-oesophagienne	708	593	13
Trachéoplastie : chirurgie plastique de la trachée.....	705	CS	13

Section 5 : Paroi thoracique et médiastin

Endoscopie			
Thoracoscopie +/- biopsie.....	735	92	7
Médiastinoscopie	713	185	7
Médiastinopleuroscopie	2509	254	7
Incision			
Médiastinotomie avec drainage	709	308	12
Excision			
Tumeur de la paroi thoracique touchant les côtes ou le cartilage	711	385	12
Avec reconstruction prothétique de la paroi thoracique	2507	539	12
Tumeur du médiastin	712	700	12
Médiastinotomie antérieure	2508	254	7
Réparation			
Reconstruction de thorax en entonnoir	710	625	12
Fermeture du sternum	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	7
Pneumolyse				
Intrapleurale.....D		717	139	7
Extrapleurale.....D		718	231	7
Apicolyse				
Intrafasciale ou extrafasciale.....D		719	231	7
Extrapleurale.....D		720	231	7
Pneumothorax				
Premier.....C		721	23	
Subséquent.....C		722	12	7
Phrénicectomie.....D		723	92	7

Section 6 : Poumons et plèvre

Incision

Thoracostomie avec insertion de drain thoracique				
Pneumothorax ou effusion.....B		724	38	7
Drainage d'empyème, suivi postopératoire non compris.....C		725	115	7
Drainage d'abcès pulmonaire.....D		726	277	13
Bouillie de poudre de talc par thoracostomie pleurodèse, intervention isolée.....B		8146	50	7
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	7	
Avec greffe.....D	1971	231	7	
Anastomose veineuse				
Porto-cave.....D	737	850	10	
Spléno-rénale				
Proximale.....D	738	850	10	
Distale.....D	2510	900	10	
Mésentérico-cave +/- greffe.....D	739	850	10	
Résection de fistule ou anévrisme				
artérioveineux +/- greffe.....D	740	CS	10	
Création de fistule artérioveineuse.....D	741	277	8	
Révision, inversion ou fermeture de fistule				
artérioveineuse.....D	783	114	8	
Insertion ou enlèvement d'un pontage				
veineux/péritonéal (Denver).....D	840	254	8	
Suture				
Déblocage d'une dérivation.....D	2511	75	7	
Ligature				
Veine jugulaire, interne.....D	742	115	10	
Veine fémorale.....D	743	116	7	
Veine cave inférieure, ligature ou plicature.....D	744	308	10	
Insertion de dispositifs transveineux spéciaux.....D	2512	150	10	
Veine poplitée.....D	745	115	7	
Veines saphènes.....C	746	38	7	
Excision, ligature, injection				
Injection				
Unique.....C	747	8	7	
Multiple, lors de la même séance.....C	748	15	7	
Ligature étagée – une jambe.....D	749	92	7	
Ligature, saphène interne, crosse de				
la saphène interne – une jambe.....D	750	92	7	
Ligature, saphène interne – une jambe avec tringlage.....D	751	139	7	
Avec basse ligature étagée – ligature de veines				
perforantes.....D	752	154	7	
Ligature et tringlage – saphène externe.....D	753	77	7	
Saphènes interne et externe – une jambe.....D	754	192	7	
Avec basse ligature étagée.....D	2178	231	7	

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Haute ligature – bilatérale avec tringlage	D	755	231	7
Avec basse ligature étagée	D	756	269	7
Saphènes interne et externe bilatérales –				
haute ligature et tringlage.....	D	757	308	7
Avec basse ligature étagée	D	2177	385	7
Récidive de varices complexes	D	758	CS	7
Excision d’ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
Une jambe	D	759	192	7
Les deux jambes.....	D	760	308	7
Actes ci-dessus plus sympathectomie, en supplément	D	761	115	7
Excision d’ulcère variqueux et greffe cutanée				
Une jambe	D	762	123	7
Les deux jambes.....	D	763	185	
Ligature sous-fasciale	D	764	231	7
Avec éveinage.....	D	765	308	7
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	7
Aortotomie	D	768	115	10
Ponction artérielle	A	769	15	7
Insertion de canules artérielles – payable en plus des soins journaliers en USI.....	A	778	30	
Section transversale d’artère – périphérique.....	D	770	115	7
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	7	
Artère maxillaire interne (procédé Caldwell-Luc ou voie endoscopique)D	2519	340	10	
Artère ethmoïdale antérieure – épistaxis.....C	808	77	7	
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/pédieux	D	796	1300	10
Pontage distal par greffe veineuse inversée				
avec implantation veineuse à mi-mollet.....	D	788	945	10
Artérioplastie avec ou sans patch.....	D	804	231	10
Autotransfusion, en supplément.....		8092	77	
Collerette de Miller, 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 75 % 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, le médecin 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	7
Cathétérisme droit	B	1918	115	7
Pression hépatique bloquée	B	1919	77	7
Cathétérisme gauche par voie artérielle rétrograde	B	1864	177	7
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.**

CHIP-PCI (patients indiqués à haut risque complexe – intervention coronarienne percutanée)

Première heure	D	9343	1228	45
en supplément, par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci		9344	190	UD

 **Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 9343 et 9344 sont tout inclus. Aucun autre code de service ne peut être facturé par le cardiologue interventionnel pendant la même séance opératoire.**

 **Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 9343 et 9344 ne sont facturables que pour les patients à risque élevé, définis par un ou plusieurs des facteurs procéduraux suivants et deux ou plusieurs des facteurs suivants liés au patient. Ces facteurs doivent être inclus dans le champ des commentaires ou du diagnostic de votre demande de paiement électronique.**

Facteurs procéduraux pris en compte pour définir une intervention complexe et difficile :

- Occlusion totale chronique (OTC) nécessitant un double accès artériel simultané
- Toute intervention sur l'artère coronaire principale gauche
- ICP pluritronculaire (3)
- Intervention sur le dernier vaisseau persistant
- Lésion fortement calcifiée nécessitant un traitement modificateur du calcium (y compris, sans toutefois s'y limiter, la lithotripsie intravasculaire, l'athérectomie rotationnelle, l'athérectomie orbitale ou par laser)
- Assistance ventriculaire gauche (y compris, sans toutefois s'y limiter, la contre-pulsion par ballonnet intra-aortique, la pompe cardiaque Impella et l'oxygénation extracorporelle)
- Procédure à très faible contraste avec recours à l'imagerie intracoronaire avancée (y compris, sans toutefois s'y limiter, l'imagerie intravasculaire ultrasonore [IVUS], la tomographie par cohérence optique [TCO]) et/ou d'évaluation physiologique intracoronarienne de la gravité des lésions (y compris, sans toutefois s'y limiter, la vasodilatation systématique et la fraction du flux de réserve).
- Lésions très longues nécessitant > 60 mm du segment de vaisseau traité

Facteurs liés au patient pris en compte pour définir une intervention à risque élevé :

- Âge extrême (> 75 ans)
- Sexe féminin
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral
- Antécédent d'infarctus du myocarde
- Maladie vasculaire périphérique
- Réduction de la fraction d'éjection < 30 % ou réduction de l'index cardiaque < 2,0 ou saturation de l'artère pulmonaire < 55 % ou dysfonctionnement du ventricule droit
- Insuffisance rénale chronique
- Sténose aortique (SA) grave
- Régurgitation aortique grave
- Régurgitation mitrale grave
- Sténose mitrale grave
- Hospitalisation récente (initiale) pour une insuffisance cardiaque chronique aiguë décompensée ou besoin récent de vasopresseurs
- Admission pour le syndrome coronarien aigu (SCA) à risque élevé (score de GRACE > 140)

👉 *Note de l'Assurance-maladie : L'hospitalisation récente (hospitalisation index) et l'admission pour SCA à haut risque font référence à la même période d'hospitalisation que celle au cours de laquelle le « CHIP-PCI » a été effectuée.*

Cathétérisme par voie transseptale.....B	1865	255	7
Cathétérisme coronarien et coronarographie, en supplémentB	1866	100	UD

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	7
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				

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	7

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	7
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	UD
Angioplastie et dilation d'une structure non vasculaire au moyen d'un ballonnet, en supplément.....		9345	403	UD
Traitement thrombolytique (artériel) où thrombectomie percutanée, en supplément.....		9346	218	UD
Intervention pharmacologique, en supplément.....		9347	23	UD

👉 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.

👉 Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9345 est facturable en supplément avec le code de service 1908 seulement. Le nombre maximum de services est 1.

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 9346 et 9347 sont facturable en supplément avec les codes de service 814 et 815. Le nombre maximum de services est 3.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9347 est facturable en supplément avec le code de service 1864. Le nombre maximum de services est 2.*

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 mini-invasive**

Pontage aortocoronarien (PAC), en supplément.....	9210	527	UD
Valve aortique, en supplément.....	9211	527	UD
Valve mitrale, en supplément	9212	527	UD

☞ *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 le prélèvement de conduits veineux ou artériel pour le PAC.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9210 s'ajoute aux codes de service 8032 et 8033 uniquement.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9211 s'ajoute au code de service 8067 uniquement.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9212 s'ajoute au code de service 8062 uniquement.*

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 coronarienneD

8030 783 45

Au cours de réparation d'artère coronaire, en
supplément.....

8031 189 UD

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

Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9227 et 9228 sont facturables pour les ré-opérations au-delà de 30 jours.

4.7 Gestion d'un pontage cardiopulmonaire et chirurgie cardiaque

Remplacement de la racine aortique avec préservation
de valveD

9229 2979 45

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.

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

☞ *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).*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Un tarif de 45 unités de base en anesthésie s'applique à l'intervention s'il y a dérivation avec pompe.*

Circulation assistée, p. ex. ballon intra-aortique (comprend les soins journaliers et la supervision), insertion chirurgicale, décanulation non compriseD	8002	295	15
Percutanée : voir Interventions cardiologiques			
Exérèse ouverte (y compris réparation de l'artère) après circulation assistée.....A	8003	118	10
Remise en place chirurgicale d'un ballon intra-aortique (plus de 24 heures après l'insertion originale).....A	8004	123	15
Cathétérisme diagnostique préliminaire non compris.			

4.9 Incision et/ou excision

Massage cardiaque – à cœur ouvert, en supplément du tarif de chirurgie	8005	154	UD
Fermeture du sternum	820	154	10
Péricardectomie			
Un côté ouvert.....D	8006	476	20
Deux côtés ouverts ou sternotomie médiane	8007	782	20
Cardiotomie avec exploration et/ou exérèse de corps étranger ou de tumeur.....D	8008	543	20
Section de faisceau accessoire (y compris cardiotomie, cartographie, avec ou sans ablation du faisceau de His).....D	8010	748	45
Ablation pour tachycardie ventriculaire (y compris cardiotomie, cartographie, avec ou sans ablation du faisceau de His).....D	8011	953	45
Excision – tumeur de la paroi ventriculaire	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 ans	8016	520	20
Adulte.....D	8017	684	20
Fermeture d'artères bronchiques collatérales (une ou plus)			
Acte isolé	8018	684	20
En conjonction avec un autre acte chirurgical cardiaque, en supplément.....	8019	171	UD
Exérèse d'une coarctation de l'aorte			

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Moins de 16 ans	D	8020	616	20
Adulte.....	D	8021	756	20
Opérations pour affections cardiaques congénitales, p. ex. Blalock, Glenn, Potts, Waterston ou centrale.....	D	8022	600	20
Création d'une communication interauriculaire par thoracotomie ou opération de Sterling Edwards.....	D	8023	600	20
Fermeture de communication interauriculaire de type <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
Fermeture de communication(s) interventriculaire(s)	D	8027	927	45
Cardectomie, intervention chez le donneur	D	8028	415	20
Prélèvement en bloc cœur-poumon	D	8029	531	20
4.10 Réparation				
Réparation complète de tétralogie de Fallot	D	8036	1019	45
Après dérivation artérielle antérieure.....	D	8037	1159	45
Réparation complète d'un drainage pulmonaire veineux anormal.....	D	8038	879	45
Réparation complète de la transposition des gros vaisseaux de la base	D	8039	879	45
Switch artériel pour transposition	D	8040	1318	45
Canal atrio-ventriculaire commun	D	8041	1157	45
Ventricule unique.....	D	8042	1318	45
Double issue – ventricule droit ou gauche.....	D	8043	1019	45
Double issue avec transposition.....	D	8044	1318	45
Tronc artériel commun.....	D	8045	1318	45
Interruption de l'isthme aortique	D	8046	1157	45
Fenêtre aorto-pulmonaire.....	D	8047	737	45
Canal ventriculaire avec valvule et greffe tubulaire	D	8048	832	45
Décercelage et plastie de l'artère pulmonaire.....	D	8049	546	20
Cercelage de l'artère pulmonaire.....	D	8050	737	20
Réparation de cor triatriatum	D	8051	737	45
Anneau vasculaire.....	D	8052	546	20
4.11 Valvules				
Valvulotomie pulmonaire	D	8053	828	45
Valvulotomie pulmonaire et résection infundibulaire	D	8054	933	45
Remplacement de valvule pulmonaire.....	D	8055	933	45
Valvulotomie tricuspideenne.....	D	8056	882	45
Annuloplastie tricuspideenne	D	8057	782	45
Remplacement de valvule tricuspideenne	D	8058	933	45

Chapitre 10 : Système cardiovasculaire

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Réparation transcathéter bord à bord (RTBB)				
valve tricuspide	D	9342	2043	45
Valvulotomie mitrale	D	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
Réparation transcathéter bord à bord (RTBB)				
valve mitrale.....	D	9341	2043	45

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 9341 et 9342 sont tout inclus. Aucun autre code de service ne peut être facturé par le cardiologue interventionnel pendant la même séance opératoire.*

Valvuloplastie aortique	D	8064	871	45
Valvulotomie aortique	D	8065	849	45
Résection de l'infundibulum aortique (ventriculomyotomie)	D	8066	969	45
Remplacement de valvule aortique.....	D	8067	1019	45
Implantation Transcathéter de valvule aortique - chirurgie cardiaque.....	D	8130	1019	45
Aortoplastie partielle avec péricarde ou greffe, en supplément		8068	171	UD
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	500	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	7	
Bouton osseux.....B	867	46	7	

Section 2 : Vaisseaux lymphatiques

Excision				
Hygroma kystique.....D	868	277	7	
Lymphœdème				
Opération de Kondoleon.....D	869	277	7	
Excision radicale.....D	870	539	7	
Lymphangiographie.....B	871	139	7	
Excision de ganglions lymphatiques				
Tumeur – sus-hyoïdien				
Unilatérale.....D	872	231	7	
Bilatérale.....D	873	346	7	
Dissection sélective du cou.....D	8878	CS	14	
Évidement cervical radical.....D	874	508	14	
Évidement des ganglions inguinaux.....D	875	273	7	
Évidement radical des ganglions axillaires.....D	876	412	7	
Évidement radical des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques.....D	877	400	7	
Évidement radical des ganglions inguinaux et iliaques, bilatéral.....D	878	600	7	
Évidement radical des ganglions rétropéritonéaux.....D	2019	508	8	
Biopsie – ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux.....B	879	83	7	
Scalène.....B	880	92	7	
Biopsie des ganglions sentinelles				
Intervention isolée.....D	843	374	7	
Avec une autre intervention - en supplément.....	844	214	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	7	
Excision				
Biopsie.....B	882	40	7	
Excision de lésion simple.....C	883	31	7	
Excision de leucoplasie				
Restreinte.....C	884	46	7	
Étendue.....D	885	185	7	
Excision de grenouillette ou kyste dermoïde.....D	886	92	7	
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				
Résection étendue comme ci-dessus avec résection partielle du maxillaire supérieur.....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	7	
Suture				
Fermeture de fistule oro-antrale				
Avec lambeau.....D	892	231	7	
Avec antrotomie radicale.....D	893	269	7	

Section 2 : Lèvres

Excision				
Biopsie.....B	894	40	7	
Rasage de la lèvre, vermillonectomie.....D	895	154	7	
Excision de lésion simple.....C	896	31	7	
Résection en V pour carcinome.....D				
Plus évidement cervical radical.....D	897	139	7	
898	500	14		
Excision d'une moitié de la lèvre plus reconstruction, en une ou plusieurs étapes, tarif global.....D				
899	308	7		

Chapitre 12 : Appareil digestif

	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	7
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	7
Excision locale de tumeur simple	D	906	92	7
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	7
Lacérations mineures	C	912	23	7

Section 4 : Dents et gencives

Incision				
Drainage d'abcès alvéolo-dentaire – anesthésie générale	C	913	52	7
Excision				
Biopsie de gencive	B	914	31	7
Kyste dentigère	D	915	185	7
Kyste muqueux	C	916	52	7
Suture				
Suture de gencive, secondaire	C	917	31	7

Section 5 : Palais et luette

Incision				
Abcès du palais	C	918	52	7
Excision				
Uvulectomie – acte isolé	C	919	52	7
Biopsie	B	920	31	7
Excision de lésion simple	C	921	46	7

Chapitre 12 : Appareil digestif

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision de lésion maligne avec reconstruction	D	922	CS	7
Réparation				
Fissure palatine	D	923	269	8
Révision avec greffe osseuse	D	2291	308	8
Suture				
Suture de plaie du palais	C	924	23	7
Uvulopalatopharyngoplastie	D	828	225	7
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	7
Complexe	D	927	139	7
Excision				
Glande sous-mandibulaire	D	928	277	7
Glande parotide – simple excision de tumeur.....	D	929	185	7
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	7
Déplacement ou remise en place normale, canal sous-mandibulaire.....	D	1975	290	7
Dilatation d'un canal en acte isolé.....	C	933	59	7
Sondage				
Canal	C	934	29	
Cathétérisme pour sialographie.....	C	935	59	7


Section 7 : Pharynx, adénoïdes et amygdales

Incision				
Biopsie du pharynx	B	936	31	7
Aspiration d'abcès amygdalien par aiguille fine	B	1801	15	
Drainage d'abcès rétropharyngé				
Par voie interne	B	937	77	7
Par voie externe.....	D	938	136	7
Drainage d'abcès périamygdalien, simple opération	B	939	44	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Excision				
Kyste branchial	D	940	231	7
Fistule branchiale	D	941	308	7
Diverticule pharyngo-œsophagien	D	942	385	7
Kyste thyroïdienne	D	943	192	7
Kyste et fistule	D	944	277	7
Excision de bourgeon amygdalien, unilatérale	D	947	62	7
Excision d'amygdale linguale (acte isolé)	D	948	62	7
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	7
Subséquente	C	2039	40	7
Lambeau pharyngé pour rallongement	D	950	346	8
Insertion rétropharyngée de matière plastique pour rhinolalie	D	951	115	7
Suture				
Suture de plaie ou blessure externe du pharynx	D	952	CS	7
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	7
Passive, au moyen de bougies de mercure	B	983	35	7
Dilatation, dilatateur pneumatique	B	984	66	7
Dilatation, rétrograde	B	985	43	7
Dilatation sous contrôle fluoroscopique	B	988	74	7
Dilatation avec œsophagoscopie, indirecte				
Première	D	986	185	7
Subséquente	D	987	93	7
Injection de toxine botulique aux voies gastrointestinales supérieures par endoscopie, pour le traitement de l'achalasia	C	8137	147	7

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

Endoscopie (voir aussi chapitre 2 , règles d'évaluation 32 et 33)				
Œsophagoscopie +/- biopsie	B	964	97	7
Avec extraction de corps étranger.....	D	965	154	7
Introduction de sonde de Souttar – par l'œsophage.....	D	968	115	7
Sonde de Blakemore	D	967	100	7
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	7
Oesophagoscopie avec hémostase	D	1003	206	7
Répétition dans les 30 jours	D	1005	103	7
Injection				
Varices de l'œsophage avec œsophagoscopie				
Première	D	979	206	7
Subséquente	D	966	103	7
Introduction d'un tube de Mousseau ou Bardin.....	D	981	231	7
Incision				
Œsophagoscopie cervicale				
Adulte.....	D	953	231	7
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	7
Ablation par radiofréquence pour l'œsophage de Barrett – dysplasie – traitements Halo 360 et Halo 90 ..				
.....	B	8625	250	
Mucosectomie endoscopique d'une lésion œsophagienne.....				
.....	B	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	7
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	7
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	300	7
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	7
Opération en solo	D	2986	204	7

Excision

Biopsie par excision				
Par gastroscopie	B	993	153	7
Par gastrotomie	D	994	254	7
Par intubation	B	995	34	
Gastrectomie – résection en coin pour ulcère	D	996	360	7
Partielle ou sous-totale.....	D	997	679	7
Plus correction de hernie hiatale	D	998	593	7
Après gastro-entérostomie ou gastrectomie partielle antérieure	D	999	700	7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Vagotomie sélective pariétale pour ulcère gastroduodéalD		2181	508	7
Gastrectomie totaleD		1001	800	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	700	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	7
Extraction de corps étranger par gastroscopieD		1007	154	7
☞ Note de l'Assurance-maladie : Exclut la visualisation de l'intestin grêle avec rallonge de gastroscopie.				
Entéroscopie rétrograde par stomieB		8084	46	7
Entéroscopie de l'intestin grêle double ballon.....B		8085	300	
☞ Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8085 n'est pas facturable avec le code de service 964.				
Endosonographie (voir CHAPITRE 21 : Section 6)				
Endoscopie par capsule.....C		8145	311	
Réparation				
PyloroplastieD		1009	360	7
Plus vagotomie.....D		1010	501	7
Vagotomie bilatérale – après chirurgie gastrique antérieure pour ulcère gastroduodéalD		1977	254	7
Gastroduodénostomie, gastro-jéjunostomie ou gastro-gastrostomieD		1011	360	7
Plus vagotomie.....D		1012	501	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	7
Fermeture d'ulcère perforé ou plaie de l'estomacD	1016	450	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	7
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	7
Sigmoïdoscopie à fibre optique.....B	2045	38	7
Colonoscopie +/- biopsie.....B			
Avec Hémostase, en supplément	9380	109	
Première excision d'un polype, en supplément	9381	90	
Deuxième excision d'un polype, en supplément.....	9382	40	
Troisième excision d'un polype, en supplément.....	9383	40	
chaque polype additionnel (max 3).....	9384	20	
Iléoscopie conjointement avec colonoscopie, en supplément.....	827	46	
Endosonographie (voir <u>chapitre 21, section 6</u>)			

☞ *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).*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 9380 (avec hémostase, en supplément) est un ajout à la coloscopie et/ou à la sigmoïdoscopie flexible (codes de service 2057 ou 2045) uniquement. Il doit être utilisé dans les cas où l'hémostase est indiquée pour le traitement d'une lésion hémorragique active (c. présentant une anémie ou une carence en fer connue. Il ne doit pas être utilisé lorsque le traitement est effectué à titre prophylactique pour des lésions découvertes accidentellement telles qu'une angiodysplasie et en l'absence de saignement actif ou de résultats de laboratoire suggérant une perte de sang gastro-intestinal*

occulte. Le code de service 9380 ne peut être facturé qu'une seule fois par séance de coloscopie/sigmoïdoscopie.

Incision

Iléostomie pour colite ulcéreuseD	1020	426	7
Iléostomie – poche de Kock.....D	2183	428	7
Iléostomie ou jéjunostomie (avec tube)D	1021	419	7
Jéjunostomie pour alimentation, conjointement avec d'autres interventions abdominales, en supplément ..	2987	75	UD
Première étape de l'opération de MikuliczD	1022	426	7
ColostomieD	1023	419	7
Révision pour sténoseD	1024	92	7
Cæcostomie, en acte isolé.....D	1025	355	7
Entérotomie ou colotomie.....D	1026	305	7
Avec sigmoïdoscopie peropératoire.....D	1027	339	7
Multiple.....D	1028	424	7
Colo-myotomieD	2554	385	7

Excision

Biopsie par intubation.....A	1029	46	7
Excision locale de lésion de l'intestin grêle.....D	1030	305	7
Préparation d'un segment intestinal pour substitution urétérale.....D	2168	339	7
Résection de diverticule du duodénum.....D	2555	424	7
Entérectomie – intestin grêleD	1031	472	7

Gros intestin

Iléon terminal, cæcum et côlon ascendantD	1034	600	7
Colectomie partielleD	1035	564	7
Hémicolectomie			
DroiteD	1036	600	7
GaucheD	2556	682	7

Colectomie totale

Avec iléostomie – sans résection périméaleD	1037	1003	8
Avec résection abdomino-périméale – équipe simpleD	1038	1062	10
Équipe double			
1 ^{er} chirurgien.....D	1039	1003	10
2 ^e chirurgien.....D	1040	354	
Avec anastomose iléorectale.....D	2184	800	8

Occlusion intestinale

Sans résection.....D	1042	454	8
Avec tube de jéjunostomie de Baker, en supplément	2557	100	UD
Avec résection.....D	1043	590	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	7
Révision d'iléostomie ou colostomie.....D	1048	109	7
En profondeur.....D	2185	349	7
Fermeture de perforation.....D	1049	349	7
Avec colostomie.....D	1050	339	7
Fermeture de colostomie +/- résection.....D	1053	413	7
Plicature de l'intestin grêle pour adhérences.....D	1054	407	7
Manipulation			
Dilatation d'entérostomie, colostomie, etc. Avec anesthésie.....C	1055	31	7
Sans anesthésie.....		VF	
Intubation de l'intestin grêle.....B	1057	36	7
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	7
Avec ballonnet.....B	839	66	7

Section 11 : Diverticule de Meckel et mésentère

Excision

Diverticule de Meckel.....D	1058	360	7
Excision locale de lésion.....D	1059	360	7
Résection du mésentère.....D	1060	360	7

Section 12 : Appendice

Incision

Drainage d'abcès, soins complets.....D	1061	354	7
--	------	-----	---

Excision

Appendicectomie.....D	1062	363	7
-----------------------	------	-----	---

Section 13 : Rectum

Incision

Proctotomie – avec exploration.....D	1064	92	7
Avec décompression (imperforation anale).....D	1065	92	7
Avec drainage (abcès pérectal).....D	1066	92	7
Abcès pelvien – drainage.....D	1067	150	7

Manipulation			
Manométrie anorectale.....	B	1073	38
Excision			
Proctectomie – résection antérieure du rectum.....	D	1068	848 7
Proctectomie, sac pelvien.....	D	802	1108 8
Résection périnéale du rectum.....	D	1069	480 7
Résection abdomino-périnéale plus colostomie			
Équipe simple.....	D	1070	1003 10
Équipe double			
1 ^{er} chirurgien.....	D	1071	944 10
2 ^e chirurgien.....	D	1072	354
Opération de Hartmann.....	D	1074	590 7
Reconstruction du côlon – après opération de			
Hartmann.....	D	2186	708 7
Abaissement abdomino-périnéal pour maladie de			
Hirschsprung ou imperforation anale.....	D	1075	593 8
Proctosigmoïdectomie pour prolapsus.....	D	1079	600 8
Excision transrectale de gros adénome villositaire du			
rectum.....	D	2560	313 7
Abord postérieur pour excision de lésion rectale avec			
résection de segment sacro-coccygien.....	D	2561	313 7
Excision ou cautérisation de polype – bas rectum.....			
Haut rectum et sigmoïde par sigmoïdoscopie.....	B	1080	46 7
Biopsie de la jonction rectosigmoïde pour maladie			
de Hirschsprung.....	B	1081	92 7
Désobstruction du rectum.....			
Microchirurgie endoscopique transanale (TEM).....	C	2850	23
	D	9147	615 7

☞ **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	7
Réparation majeure				
Par voie périnéale.....	D	1086	360	7
Par voie abdominale.....	D	1087	620	7
Rectopexie – opération de Thiersch.....	D	1088	101	7
Suture du rectum				
Par voie externe.....	D	1089	241	
Par voie intrapéritonéale	D	1090	400	7
Fermeture de fistule				
Rectovaginale.....	D	1091	339	7
Rectovésicale	D	1092	339	7

Section 14 : Anus

Incision				
Hémorroïdes thrombosées				
Anesthésie locale	C	1093	23	
Anesthésie générale	C	1094	38	7
Excision				
Excision locale de lésion anale, notamment fissure ou lésion maligne (incluant sphinctérotomie).....				
	D	1095	109	7
Hémorroïdectomie (sigmoïdoscopie non comprise si elle n'est pas effectuée dans les 30 jours précédents)				
	D	1096	182	7
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	
Fistule anale – basse.....	D	1098	182	7
Haute avec section du sphincter interne.....	D	1099	327	7
Biopsie – anesthésie générale	B	1100	92	7
Introduction				
Injections d'hémorroïdes				
Premières.....	A	1101	15	
Subséquentes.....	A	1102	8	
Injections pour prurit anal ou fissure	A	1103	15	7
Dilatation de fistule anale	B	1083	43	7
Réparation				
Excision de cicatrice pour sténose	D	1104	92	7
Anoplastie pour sténose	D	1105	185	7
Réparation du sphincter anal.....	D	1106	273	7

Chapitre 12 : Appareil digestif

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Plus réparation de l'anneau anorectal	D	1107	300	7
Réparation d'imperforation anale – obstruction membraneuse de l'anus	D	1108	92	7
Atrésie rectale – réparation par voie périnéale	D	1109	407	7
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	7
Électrodessiccation de condylomes	C	1119	91	7
Manipulation				
Dilatation du sphincter anal sous anesthésie générale (acte isolé)	C	1120	15	7

Section 15 : Foie

Incision				
Hépatotomie – exploratrice.....	D	1121	305	8
Drainage d'abcès ou kyste	D	1122	360	8
Exérèse de corps étranger	D	1123	360	8
Incision et tamponnement de plaie	D	1124	360	8
Excision				
Hépatectomie – excision locale de lésion	D	1125	360	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	7
Résection cunéiforme/biopsie hépatique ouverte, en supplément (lorsque effectuée en plus d'une intervention abdominale)	B	2989	64	UD
Réparation				
Marsupialisation de kyste ou d'abcès	D	1128	360	7
Suture				
rupture ou plaie	D	1129	360	7

Section 16 : Voies biliaires

Endoscopie				
Cholécystoscopie	B	2983	100	7
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER), +/- biopsie, +/- cytologie	B	2875	202	7
Sphinctérotomie endoscopique, en supplément.....	B	2894	90	UD

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	300	7
Cholécysto-entérostomie, incluant entéro-entérostomie..	D	1131	400	7
Plus gastro-entérostomie.....	D	2565	508	7
Cholécysto-gastrostomie.....	D	1133	305	7
Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho- entérostomie	D	1134	508	7
Exploration du cholédoque	D	1135	480	7
Avec duodénotomie, sphinctérotomie	D	1136	600	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	400	7
Avec cholangiographie peropératoire	D	1141	480	7
Cholécystectomie et exploration des voies biliaires	D	1142	496	7
Avec cholangiographie peropératoire	D	1143	569	7
Plus duodénotomie	D	1144	619	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.....				
Plus cholangiographie, en supplément.....	D	2573	500	7
Avec exploration du cholédoque et cholangiographie.....	D	2574	58	UD
	D	2575	636	7

Cholédochoscopie associée à une chirurgie des voies biliaires, en supplément.....	1138	60	UD
Toute chirurgie des voies biliaires plus réparation de hernie hiatale, en supplément.....	2576	193	UD
Réparation			
Reconstruction chirurgicale du cholédoque.....D	1145	800	7
Hépatico-jéjunostomie transhépatique avec moule (Rodney Smith).....D	2577	786	12
Suture			
Fermeture de fistuleD	1146	423	7

Section 17 : Pancréas

Incision			
Pancréatotomie.....D	1147	425	7
Abcès ou kyste du pancréasD	1148	500	7
Excision			
Pancréatectomie – totaleD	1149	2000	7
Excision locale de lésion.....D	1150	407	7
Pancréatectomie distale et splénectomie.....D	1151	900	7
Résection pancréatico-duodénale (opération de type Whipple).....D	1152	2000	12
Excision de kyste du pancréasD	1153	407	7
Réparation			
Kysto-gastrostomie pancréatique (technique ouverte)....D	1154	750	7
Kysto-duodénostomie pancréatique (technique ouverte)D	1155	750	7
Kysto-jéjunostomie pancréatique			
Latéro-latéraleD	1156	510	7
En Y de Roux.....D	2578	580	7
Jéjunostomie pancréatique longitudinale (Puestow).....D	2971	804	12
Marsupialisation de kysteD	1157	425	7
Kysto-gastrostomie ou Kysto-duodénostomie par endoscopieD	8139	250	7

Section 18 : Abdomen, péritoine et épiploon

Introduction			
PneumopéritoineB	1168	31	
Endoscopie			
Péritonéoscopie (laparoscopie)B	1169	177	7

☞ *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	7
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 résecable.....B	1078	162	7
Laparotomie +/- biopsie.....D	1158	227	7
Minilaparotomie.....D	2990	137	7
Libération d'adhérences.....D	1033	CS	7

☞ *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	400	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	7
Drainage d'abcès de la paroi abdominale sous anesthésie générale.....B	1161	46	7
Exérèse de corps étranger de la paroi abdominale Balle d'arme à feu.....D	1162	CS	7
Exérèse de sutures infectées profondes (ne s'applique pas durant la période postopératoire au chirurgien qui a pratiqué l'opération).....D	2188	92	7
Débridement de plaies (effectué sous anesthésie Générale ou par blocage nerveux majeur), par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.....D	8090	58	7
Excision			
Tumeur desmoïde, selon l'étendue.....D	1163	CS	7

Omentectomie (infracolique ou supracolique), en supplément.....	D	2991	113	UD
Omphalectomie plastique.....	D	1164	92	7
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.](#)*

Tumeur rétropéritonéale.....	D	1166	437	7
Kyste du mésentère.....	D	1167	231	7
Réparation				
Herniotomie et herniorraphie				
Hernie inguinale ou crurale				
Unilatérale.....	D	1170	295	7
Bilatérale.....	D	1171	436	7
Bilatérale – une première, une récidivante	D	2579	501	7
Réparation de hernie congénitale avec hydrocèle				
Un côté.....	D	1172	254	7
Les deux côtés.....	D	2580	370	7
Hernie inguinale et crurale – même côté	D	1173	254	7
Hernie par glissement	D	1174	254	7
Réparation inguinale ou crurale par prothèse ou greffe...D	D	1175	307	7
Hernie récidivante.....	D	1176	360	7
Bilatérale.....	D	2581	501	7
Réparation de hernie récidivante par prothèse ou greffe.....D				
1177	400	7		
Abord préperitonéal pour réparation d'hernie inguinale.....D				
2582	254	7		
Hernie ombilicale				
Adulte.....	D	1178	300	7
Moins de 16 ans	D	1179	200	7
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	327	7
Réparation par prothèse	D	1185	364	7
Hernie incisionnelle ou ventrale récidivante.....	D	2583	431	7
Avec prothèse	D	2584	472	7

Réparation d'hernie ventrale lors de la même séance qu'un acte intra-abdominal définitif, en supplément	2585	153	UD
Séparation des composants réparation d'une hernie compliquer recurrant avec meshD	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.*

Hernie épigastriqueD	1186	218	7
Étranglement ou incarceration herniaire			
Sans résection.....D	1187	400	7
Avec résection.....D	1188	590	7
Suture			
Fermeture secondaire pour éviscérationD	1189	408	7

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	7
Excision			
Biopsie aspiration à l'aiguille fineB	1754	31	7
Ponction			
Biopsie chirurgicale.....D	1192	185	7
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
LaparoscopiqueD	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](#)..


Section 1 : Reins et périnephrium

Incision

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

Excision

Néphrectomie partielle	D	1225	1000	13
Néphrectomie partielle laparoscopique	D	8607	1000	13
Néphropexie, en supplément.....		1236	231	UD
Hypothermie rénale, en supplément		1239	38	UD

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

Néphrectomie

Néphrectomie simple	D	1228	545	7
Néphrectomie simple laparoscopique	D	8609	545	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

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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	7
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	7
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	7
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	7
Incision				
Abcès périurétéraux.....	D	1242	308	7
Urétérostomie incluant urétérolithotomie				
Deux tiers supérieurs.....	D	1243	308	7
Tiers inférieur.....	D	1244	370	7
Excision				
Urétérectomie	D	1245	269	7
Incluant la jonction urétéro-vésicale	D	1246	331	7
Réparation				
Anastomose urétéro-vésicale, réimplantation	D	1247	457	7
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	7
Transurétéro-urétérostomie incluant urétérectomie	D	1734	462	7
Urétérostomie cutanée unilatérale.....	D	1255	308	7
Réparation de fistule urétérale.....	D	1256	370	7
Urétérolyse unilatérale.....	D	1257	308	7
Rupture ou section				
Immédiate				
Deux tiers supérieurs.....	D	1259	269	7
Tiers inférieur.....	D	1260	308	7
Réparation tardive				
Deux tiers supérieurs.....	D	1261	308	7
Tiers inférieur.....	D	1262	346	7

Section 3 : Vessie

Cystoscopie				
Cystoscopie diagnostique/thérapeutique	B	1266	100	7

☞ *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: Le code de service 1266 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				
Unique	D	1274	238	7
Multiple	D	1275	339	7
Litholapaxie et extraction de fragments.....				
Insertion de moule ou cathéter urétéral	D	1280	185	7
BCG/chimiothérapie de la vessie par cathéter avec drainage et enlèvement	C	8099	55	7
Neurostimulateur rachidien pour dysfonction vésicale				
première étape	D	8076	318	8
deuxième étape	D	8077	300	8
Retrait du dispositif ou changement de piles.....	D	8078	225	7

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

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

(P, T = composantes professionnelles, techniques)

Incision

Cystotomie ou cystostomie	D	1282	115	7
Cystotomie percutanée et/ou insertion d'une sonde sus-pubienne	B	1284	54	7
Cystolithotomie.....	D	1285	154	7

Excision

Urétérocélectomie	D	1286	231	7
Avec réimplantation de l'uretère	D	1287	620	7
Cystectomie, partielle	D	1288	370	7
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	7
Dérivation urinaire pour exstrophie vésicale, excision de vessie ectopique et réparation de la paroi abdominale	D	1296	616	7
Excision de la vessie et réparation de la paroi abdominale	D	1297	231	7
Vésicostomie cutanée.....	D	1984	358	7
Réparation d'une rupture de la vessie	D	1298	277	7
Cystoplastie d'augmentation	D	1299	532	7
Lacération vésicale (par un autre chirurgien).....	D	8628	300	7
Réparation du col vésical (enfant-adulte).....	D	1301	308	7
Réparation de fistule vésico-vaginale.....	D	1305	415	7
Réparation de fistule colovésicale	D	1306	308	7
Cystopexie, avec fixation de la paroi antérieure de la vessie	D	1208	370	7

Section 4 : Urètre

Extraction de corps étranger ou calcul.....	B	1309	115	7
---	---	------	-----	---

Incision

Sphinctérotomie urétrale	D	2170	254	7
--------------------------------	---	------	-----	---

Urétrotomie

Dilatation avec câbles guides et dilateurs.....	D	1311	185	7
---	---	------	-----	---

Interne, avec système de vision endoscopique	D	2862	185	7
Réparation de l'urètre (c.-à-d. Optilum).....	D	8800	346	7
Méatotomie et réparation plastique	C	1312	54	7
Pour extravasation d'urine avec drainage multiple	D	1313	185	7
Uréthrostomie ou cystotomie ouverte pour traumatisme urétral ou cancer.....	D	1314	277	7
Abcès périurétral	C	1315	38	7

☞ *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	7
Rétrécissement				
En une étape, avec dérivation.....	D	1321	277	7
En deux étapes				
Première étape.....	D	1322	139	7
Deuxième étape.....	D	1323	277	7
Diverticulectomie – homme ou femme	D	1324	400	7
Valve de l'urètre postérieur.....	C	1325	252	7
Urétréctomie totale	D	1985	308	7

Réparation

Implantation de sphincter urinaire artificiel/suspension pour homme.....	D	1207	500	7
Enlèvement de bandelette de suspension pour homme	D	8096	330	7
Ajustement de bandelette de suspension pour homme.....	D	8097	100	7
Suspension uréthro-vésicale pour incontinence d'effort	D	1329	277	7
Suspension vésicale par laparoscopie.....	D	8341	356	7
Suspension par bandelette aponévrotique	D	8600	550	7
Bandelette sous-urétrale artificielle – femmes seulement.....	D	8251	408	7
Urétroplastie	D	1987	CS	7
Type johanson - chaque étape.....	D	2298	310	7
Uréthoplastie cutanée en un temps	D	1729	700	7

Injections de substance thérapeutique pour la correction de
l'incontinence ou du reflux vésico-urétéral (RVU) par
endoscopie.....

.....	D	836	225	7
Rupture – urètre antérieur.....	D	1331	185	7
Urètre postérieur				
Réparation endoscopique	D	1332	323	7
Réparation ouverte	D	1333	462	7

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	7
Adulte.....	C	1342	15	7
Réduction de paraphimosis et/ou incision dorsale.....	C	2084	38	7

Excision

Circuncision – ablation chirurgicale du prépuce.....	D	1345	165	7
Frénectomie du pénis.....	C	2085	38	7
Condylomes.....	C	1346	38	7
Biopsie.....	B	1347	23	7

Amputation

Pénectomie partielle.....	D	1348	231	7
Pénectomie totale.....	D	1350	320	7
Dissection radicale des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques.....	D	877	339	7
Dissection radicale des ganglions inguinaux et iliaques Bilatérale.....	D	878	508	7

Réparation

Reconstruction plastique après circoncision.....	D	2086	116	7
Épispadias.....	D	1351	231	7
Hypospadias – incluant dérivation urinaire				
Réparation de chordée, première étape.....	D	1352	304	7
Reconstruction plastique de l'urètre – pénien.....	D	1353	419	7
Pénio-scrotal ou périnéal.....	D	1354	546	7
Fermeture de fistule uréthro-cutanée.....	D	1355	254	7
Priapisme, dérivation vasculaire.....	D	1988	231	7
Prothèse pénienne pour impuissance.....	D	2347	154	7
Prothèse pénienne gonflable				
Insertion ou réinsertion.....	D	8339	340	7
Enlèvement.....	D	8340	255	7
Correction chirurgicale de la maladie de La Peyronie.....	D	8602	350	7
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	7
--	---	------	-----	---

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 1332 ou 1331 peuvent être facturés à 75 % avec le code 8138, s'il y a lieu.*

Section 2 : Testicules

Excision				
Orchidectomie - unilatérale	D	1357	139	7
Radicale pour tumeur maligne (ablation complète du cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne).....	D	2348	250	7
Biopsie - seul	B	1358	38	7
Avec vasographie.....	D	1359	77	7
Réparation				
Orchidopexie ou exploration de testicule par voie inguinale, unilatérale	D	1360	352	7
Réduction de torsion du testicule ou de l'hydatide sessile et réparation	D	1361	139	7
Rupture du testicule	D	1362	139	7
Prothèse testiculaire	D	2349	123	7

Section 3 : Épididyme

Excision				
Spermatocèle	D	1364	158	7
Épididymectomie unilatérale.....	D	1365	139	7

Section 4 : Tunique vaginale

Excision				
Hydrocèle unilatérale	D	1367	158	7
Aspiration.....	C	1368	8	

Section 5 : Scrotum

Incision				
Abcès ou hématocèle.....	C	1369	38	7
Exploration unilatérale	D	1370	92	7
Suture				
Traumatisme, lacération – selon l'étendue et les complications (voir lacérations, système tégumentaire)	D	1371	CS	7

Section 6 : Canal déférent				
Réparation				
Anastomose unilatérale	D	1373	130	7
Incluant biopsie et vasographie	D	1374	177	7
Vasectomie (spécialiste en urologie uniquement et urologie non agréées)				
	C	9152	153	7
Vasectomie.....	C	1375	132	7
Section 7 : Cordon spermatique				
Excision				
Hydrocèle – unique	D	1377	139	7
Varicocèle – unique.....	D	1376	139	7
Haute ligature par voie rétropéritonéale	D	2863	228	7
Traitement laparoscopique de la varicocèle.....	D	8095	228	7
Section 8 : Vésicules séminales				
Excision				
Vésiculectomie	D	1379	462	7
Section 9 : Prostate				
Biopsie par voie périnéale	B	1383	62	7
Ultrasonographie.....	B	1209	77	7
Biopsie	B	1210	108	7
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	7
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	7
Résection/incision du col vésical				
Moins de 16 ans.....	D	1396	153	7
Adulte	D	1397	254	7

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 7

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 7

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	7
ManuelleD		1479	115	7
Induction mécanique ou médicale du travail – consultation et acte, une ou plusieurs tentatives.....C		1409	130	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les tarifs 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 n'est pas payable si un accouchement vaginal ou par césarienne suit dans les trois jours par le même médecin.*

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	7
Pour un col utérin ouvert de 2 cm ou plusD		8387	185	7
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	7
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	7
Marsupialisation (sous anesthésie locale ou générale) ou cautérisationD		1420	100	7
Excision Destruction superficielle au laser de lésions de la vulve				

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Vulvectomie				
Simple	D	1421	185	7
Radicale				
Sans évidence ganglionnaire inguinal.....	D	1422	269	7
(gyn.-oncologie uniquement)				
Avec évidence ganglionnaire inguinal.....	D	1423	462	7
(gyn.-oncologie uniquement)				
Kyste de la glande de Bartholin	D	1424	150	7
Condylomes.....	D	1426	77	7

Section 4 : Hystérectomie et prolapsus

Hystérectomie				
Sous-totale (laparoscopique ou ouverte).....	D	1458	304	7
Abdominale totale (spéc. obs./gyn. uniquement et				
obs./gyn. non agréées).....	D	8700	380	7
Abdominale totale (autres spécialités).....	D	1455	358	7
Vaginale	D	1456	380	7
Vaginale assistée par laparoscopie	D	835	500	7
Laparoscopique totale	D	9017	500	7
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	7

☞ *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				
Évidence des ganglions lymphatiques pelviens				
rétropéritonéaux	D	9019	508	8
Prélèvement des ganglions lymphatiques guidé par				
technétium	D	9020	508	8
Évidence des ganglions lymphatiques aortiques,				
en supplément.....		1818	110	UD
Évidence 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	7

☞ *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.*

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Annexes de l'utérus				
Salpingectomie (unilatérale ou bilatérale)D		9022	275	7
Salpingo-ovariectomie (unilatérale ou bilatérale).....D		1447	325	7
Autre				
Cytoréduction (chirurgie d'intervalle) pour le carcinome de l'ovaire (acte isolé)D		2954	400	7
Trachélectomie.....D		1463	200	7
Prolapsus				
Réparation antérieure ou postérieure (inclut la périnéorrhaphie) ou réparation entéroccèleD		9023	174	7
Deux actes différents de réparation antérieure ou de réparation postérieure (inclut la périnéorrhaphie) ou réparation entéroccèleD		9024	300	7
Trois actes différents – Réparation antérieure, réparation Postérieure (inclut la périnéorrhaphie), et réparation entéroccèleD		9025	348	7
Réparation antérieure ou postérieure avec filet chirurgical, en supplémentD		8173	200	UD
Périnéorrhaphie / dégagement périnéal.....D		1435	102	7
Culdoplastie de McCall, en supplémentD		8177	60	UD
Colpocléisis (LeFort)D		1436	304	7
<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	7
Sacrocolpopexie abdominale (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle)D		2973	450	7
Sacrocolpopexie laparoscopique (inclut la culdoplastie / la réparation entéroccèle)D		9026	500	7
Fixation sacro-vertébrale vaginale (inclut AR ou PR/ périnéorrhaphie et ER).....D		8176	450	7
Urogynécologie				
Colposuspension de Burch, MMK, réparation paravaginaleD		1444	277	7
Bandelette sans tension (inclut la cystoscopie).....D		8251	408	7
Cystoscopie diagnostique/thérapeutique.....B		1266	100	7
Cystoscopie, en supplément.....D		9388	50	

☞ *Note de l'Assurance-maladie: Le code de service 9388 est facturable en supplément avec les codes de service 1458, 8700, 1455, 1456, 835, 9017, 1817, 1463, 1464, 1465, 8176, 1436, 2930, 1473, 1444, 9023, 9024, 9025, 9026, 2973 et 8173 uniquement.*

☞ *Note de l'assurance-maladie: Le 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: Le code de service 1266 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 7

☞ *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 7
Excision locale d'un kysteD 1428 108 7
Réparation du sphincter anal (inclut la réparation rectocèle et la périnéorrhaphie).....D 1434 277 7

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

Résection de la cloison vaginaleD 1438 139 7
Fermeture de fistule
vésico-vaginaleD 1439 308 7
rectovaginaleD 1440 308 7
urétérovaginale.....D 1441 370 7
Hématome – (vulvaire ou vaginal)
Anesthésie localeC 362 20
Anesthésie généraleC 2851 85 7

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Examen sous anesthésie générale ou sédation Consciente (acte isolé)	C	1445	31	7

Section 6 : Trompes de Fallope

Incision				
Grossesse ectopique – salpingostomie.....	D	1792	311	7
Réparation				
Tuboplastie.....	D	1448	261	7
Stérilisation, abdominale ou vaginale (payable au plein tarif avec un accouchement; à 75 % avec une césarienne) avec ou sans insertion hystéroscopique de spirales dans les trompes de Fallope	D	1449	200	7
Insufflation tubulaire.....	C	1469	31	7

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

Section 7 : Ovaires

Excision				
Kyste de l'ovaire	D	1450	300	7
Kyste para-ovarien (rétropéritonéal).....	D	1451	300	7
Forage ovarien pour la fertilité	D	1760	300	7

Section 8 : Utérus et col utérin

Myomectomie (abdominale).....	D	1454	339	7
Résection de la cloison utérine	D	1461	308	7
Polype cervical, sans D et C	B	1462	15	7
Moignon cervical				
Vaginal.....	D	1464	185	7
Abdominal.....	D	1465	231	7
Biopsie du col, du vagin ou de la vulve sous anesthésie générale.....	B	1466	38	7
Curetage diagnostique.....	B	1453	81	7

☞ *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				
Hystérocopie – Diagnostique, +/- D et C, +/- biopsie ..	B	2977	100	7
Hystérocopie thérapeutique (inclut la polypectomie)	D	2978	162	7

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Résection hystéroscopique des fibromes (inclut la polypectomie)D		1836	339	7
Résection/ablation transcervicale d'endomètre (inclut la polypectomie)D		1835	328	7

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

Biopsie de l'endomètreB		1470	27	7
HystérosalpingographieB		2164	63	
Sonohystérogramme salin.....B		8075	63	7
Dispositif contraceptif intra-utérin (Stérilet)				
InsertionB		1472	30	7
EnlèvementB		2852	15	
Bloc paracervical pour insertion ou retrait d'un stérilet, aspiration D et C ou sténose cervicale pour prélèvement endométrial nécessitant une dilatation cervicale (à l'hôpital, pas d'anesthésie générale), en supplément		1803	38	
Insertion de pessaire.....A		8705	20	

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

☞ *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).

Chapitre 16 : Appareil Génital Féminin

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Colposcopie				
Investigation de cytologie anormale par technique colposcopique incluant biopsies et curetage	B	2420	48	
Conisation du col au laser incluant colposcopie ou excision électrochirurgicale par anse du col de l'utérus le même jour.....	B	2930	113	7
Dans les 30 jours suivant une colposcopie ou conisation	B	2931	77	7
☞ Note de l'Assurance-maladie : Les consultations relatives aux cas orientés sont payables en plus des codes de service 2930 et 2931, à moins qu'un tarif de consultation n'ait été payé au cours des 30 jours précédents.				
Cautérisation du col de l'utérus,	B	1481	15	
Cryothérapie ou traitement au laser pour condylomes	C	2351	30	7
Biopsie du vagin, du col de l'utérus ou de la vulve	B	1482	15	
☞ Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1481 et 1482 sont payables à plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.				
☞ Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1481 et 1482 ne doivent pas être facturés avec le code de service 2420.				
Réparation de déchirures (en dehors de l'accouchement)				
Suture de la vulve.....	D	1722	85	7
Suture du col de l'utérus, du vagin	D	9027	100	7
Insertion de radium – par application	D	1484	154	7

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	7
Suture, nerf majeur	D	1485	269	7
Décompression du canal carpien (section du toit seulement)	D	611	158	7
Décompression du canal carpien avec neurolyse	D	9032	192	7
Exploration et neurolyse, nerf majeur	D	1486	192	7
Exploration et transposition, nerf majeur	D	9033	192	7
Neurectomie				
Nerf majeur	D	1487	231	7
Nerf mineur	D	1497	154	7
Greffe nerveuse	D	1503	314	7
Exploration du plexus brachial	D	1489	385	7
Exploration et neurolyse du nerf sciatique	D	1490	308	7
Excision de tumeur	D	1492	308	7

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	7
Chaque ponction supplémentaire		179	23	UD
Ponction ventriculaire	C	1500	77	7
Drainage ventriculaire (en continu)	D	1501	154	7
Insertion d'un dispositif de surveillance intracrânien	D	9034	154	7
Ponction sous-occipitale	B	180	46	7
Ponction du réservoir de dérivation, pour aspiration ou procédure d'injection	D	2361	154	7
Myélogramme	B	181	63	7
Suture				
Cinq premiers centimètres	D	99	23	7
Plus de 5 cm, mais moins de 10 cm	D	2488	38	7
Compiquée	D	387	CS	7
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	7

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 étapesD	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 kystesD		9048	297	15
Craniotomie en trou de serrure (mini-invasive)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 75 % 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	7
Révision dans les 60 jours.....	D	2949	225	7
Anastomose du grand hypoglosse ou du nerf spinal avec le nerf facial	D	1586	385	7
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	7

Section 8 : Divers

Prélèvement d'une greffe de tissus mous autologues, champ opératoire distinct, en supplément		9059	60	UD
--	--	------	----	----

Sympathectomie				
Cervicale	D	1493	308	7
Cervico-thoracique.....	D	1494	385	10
Thoracolombaire (Smithwick)	D	1495	616	13
Lombaire	D	1496	254	7
Installation d'une veste de Halo (comprend les rajustements)		2946	375	7
Application des pinces à traction squelettique crânienne	D	1541	250	7
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	7
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 niveauD	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 100 % (abond 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				

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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
Vertébroectomie (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
<p>Pour les interventions effectuées dans la section « Décompression », chaque niveau supplémentaire, en supplément.....</p>	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.)*

<p>Pour les interventions effectuées dans les sections « Arthrodèse » Chaque niveau supplémentaire, en supplément</p>	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			

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
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 aigüe 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 instruments	D	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.

Pour toute intervention chirurgicale, la période postopératoire normale est de 14 jours.

☞ *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	7
Avec prothèse +/- attachement des muscles.....D	1647	231	7
Énucléation du globe oculaire			
sans prothèse.....D	1643	192	7
Avec prothèse +/- attachement des muscles.....D	1644	231	7
Actes secondaires relatifs à la prothèse.....D	1645	154	7
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	7
Avec exérèse curative d'os orbitaire.....D	1661	616	7
Avec greffe de muscle temporal.....D	2189	462	7

Section 3 : Opérations de muscles extraoculaires

Opérations pour strabisme – un ou plusieurs muscles.....D	1655	600	7
Opérations subséquentes, dans les trois mois.....D	1656	115	7
Biopsie.....D	2190	231	7
Exérèse de lésion.....D	2191	231	7
Réparation de muscles à la suite de traumatisme.....D	2192	231	7

Section 4 : Autres opérations de l'orbite

Abcès orbitaire, incision et drainage.....D	1657	154	7
Exploration orbitaire.....D	1658	385	7
Exérèse de tumeur ou lésion orbitaire.....D	1659	385	7
Orbitotomie avec exérèse de corps étranger intraorbitaire....D	1662	231	7
Injection rétro-orbitaire.....C	1663	38	
Réduction de fracture du plancher de l'orbite +/- plastie			
du plancher.....D	2241	629	8
Rebord orbitaire			
Réduction fermée.....D	2193	115	7

Réduction chirurgicale	D	2194	231	7
------------------------------	---	------	-----	---

Section 5 : Paupières

Épilation pour trichiasis	A	1624	8	
Électrolyse et/ou cryothérapie.....	C	1625	23	7
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	7
Chalazion ou kyste du tarse				
Anesthésie locale	C	1627	125	
Anesthésie générale	C	2415	38	7
Section de la commissure par canthotomie, avec sutures	C	1628	23	7
Toute opération plastique de la paupière ou de l'orbite				
Mineure unilatérale	D	1630	48	7
Mineure bilatérale	D	9458	96	7
Majeure unilatérale (jas pour la blépharoplastie).....	D	1631	318	7
Majeure bilatérale (pas pour la blépharoplastie)	D	9459	636	7
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur	D	2266	225	7
Blepharoplastie fonctionnelle				
Unilatérale	D	9460	318	7
Bilatérale	D	9461	636	7

☞ *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	7
Réparation d'ectropion ou entropion				
Simple, opération de Ziegler.....	C	2267	38	
Raccourcissent horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent.....	D	2268	150	7
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets				

1/3 de la paupière ou moins	D	2271	150	7
Plus de 1/3 de la paupière	D	2272	385	7
Réparation de blessure de la paupière				
Réparation de lacération	D	2227	46	7
Réparation, épaisseur totale	D	2196	154	7

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 générale	C	1635	49	7
Absès du sac lacrymal – incision	C	1636	38	7
Dacryocystectomie	D	1637	231	7
Dacryocystorhinostomie	D	1638	500	7
Excision de glande lacrymale	D	1639	231	7
Intubation du conduit lacrymo-nasal	C	1640	54	7
Réparation de canalicule déchiré	D	1641	231	7
Conjonctivorhinostomie +/- tube	D	2197	308	7
Réparation de fistule	D	2198	269	7
Opération mineure de point lacrymal	C	2199	23	7
Injection pour radiographie	C	2277	23	

Section 7 : Conjonctive

Injection sous-conjonctivale ou sous la capsule de Tenon	A	1601	15	7
Suture de plaie	C	1602	23	7
Exérèse de ptérygion	D	1603	102	7
Péritomie	D	1604	54	7
Biopsie de la conjonctive	B	1605	54	7
Grattage de la conjonctive pour granulations				
trachomateuses	C	1606	23	7
Expression de granulations de la conjonctive	C	1607	23	7
Lambeau de Gunderson	D	1608	269	7
Lambeau conjonctival en tirant de bourse	D	1609	115	7
Grefe libre de la conjonctive	D	1610	77	7
Par muqueuse buccale	D	1611	115	7
Excision de lésion maligne de la conjonctive	D	2296	154	7
Avec greffe	D	2297	231	7
Section de symbléphon	D	2374	154	7
Extraction de corps étranger sous-conjonctival	C	2385	23	7
Reconstruction de cul-de-sac +/- greffe	D	2386	231	7
Incision et drainage	C	2387	38	7

Section 8 : Sclérotique

Toute plaie perforante +/- prolapsus.....D	1621	500	7
Réparation de staphylome.....D	2388	308	7

Section 9 : Cornée

Cautérisation d'ulcère cornéen – chimique, thermique, électrique ou mécaniqueC	1612	15	7
Plaie perforante de la cornée +/- prolapsus de l'irisD	1613	500	7
Paracentèse de l'humeur aqueuseC	1614	38	7
Kératectomie superficielleD	1615	231	7
Kératoplastie lamellaireD	1616	385	7
Kératoplastie pénétrante.....D	1617	619	7
Grefte pénétrante associée à l'extraction de cataracteD	2389	600	7
Kyste dermoïdeD	1618	115	7
Kératotomie.....C	1619	38	7
Extraction magnétique de corps étranger profond de la cornéeC	1620	38	7
BiopsieB	2390	54	7
Grattage diagnostiqueC	2395	15	7
Traitement à l'AEDT ou agent semblableC	2396	23	7

Section 10 : Opérations du glaucome

Sclérotomie postérieure (acte isolé).....D	2397	115	7
Trabéculéctomie ie : Ex-Press, TubeD	2469	750	7
MIGS (chirurgie mini-invasive pour glaucome).....D	8933	598	7

☞ *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 rétineD	1814	236	7
Ne s'applique pas à la correction réfractive			
Corps étranger intraoculaire (toute forme)D	1642	310	7

Section 12 : Opération de la cataracte

Cataracte, – Traumatique ou luxéD	1648	442	7
Cataracte congénitale ou précoce – acte initial.....D	1649	442	7
Opération subséquente à l'aiguille.....C	1650	77	7
Capsulectomie en acte isoléD	1651	346	7
Extraction de cataracte avec implantation de lentille intraoculaire, en une étapeD	2398	434	7

Chapitre 18 : Opérations de l'œil

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

Implantation tardive de lentille intraoculaire.....D	2399	375	7
Ablation de lentille intraoculaire.....D	1672	257	7
Remplacement chirurgical de lentille intraoculaire luxée.....D	1673	257	7

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	7
Exérèse de tumeur de l'iris.....D	1623	154	7
Exérèse de lésion par (irido) cyclectomie.....D	2405	CS	7
Exérèse de prolifération épithéliale.....D	2406	CS	7
Révision à l'aiguille après trabéculéctomie.....C	8082	100	

Section 14 : Rétine

Rétinopexie – toute méthode.....D	1653	616	7
Exérèse de bande encerclante +/- implant scléral.....D	2371	150	7
Exérèse d'implant scléral – en acte isolé (non payable en supplément de la chirurgie majeure).....D	2372	115	7
Cryothérapie de la rétine, pour toute indication.....D	1654	300	7
Lasérothérapie de la rétine.....D	1813	286	7
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	7
Discission de la membrane hyaloïde antérieure et/ou de fibrose du corps vitré.....C	2409	77	7
Vitrectomie			
Antérieure.....D	2410	231	7
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 externe	B	1664	59	7
Drainage d'hématome étendu du pavillon de l'oreille avec anesthésie générale.....	D	1769	115	7

Excision

Biopsie de l'oreille	B	1665	15	
Excision de lésion de l'oreille.....	B	1666	59	7
Excision complète de l'oreille – amputation de l'oreille .D	D	1667	115	7
Excision radicale de lésion maligne du conduit auditif externe	D	1668	308	7

Endoscopie

Enlèvement de cérumen		HV		
Nettoyage microscopique du conduit auditif.....	B	8876	31	7
(chapitre 3, section 1.2.2)				
Otoscopie avec exérèse de corps étranger ou de tubes de myringotomie du conduit auditif externe	C	1669	15	
Sous anesthésie générale.....	C	1670	38	7

Réparation

Otoplastie – correction de malformation de l'oreille				
Unilatérale (moins de 18 ans)	D	1671	318	7
Bilatérale (moins de 18 ans).....	D	9438	636	7

☞ *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	7
Étapes subséquentes.....	D	2274	154	7

Totale

Étape majeure.....	D	2275	231	7
Étape mineure	D	2276	154	7
Maximum			616	

Excision en coin et reconstruction	D	2280	115	7
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	7

Fistule préauriculaire				
Simple	D	2282	77	7
Complicquée ou récidivante	D	2283	154	7
Construction d'un conduit auditif pour atrésie congénitale				
Sans mastoïdectomie.....	D	1674	539	7
Avec mastoïdectomie.....	D	1675	616	7
Exérèse d'exostose du conduit auditif	D	2042	231	7

Section 2 : Oreille moyenne

Incision				
Myringotomie, tympanotomie, plicotomie (sans soins postopératoires)				
Unilatérale.....	B	1676	23	7
Bilatérale.....	B	1677	46	7
Myringotomie, (microscopie peropératoire) et insertion de prothèse				
Un côté.....	B	1678	44	7
Deux côtés.....	B	1679	88	7
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	7
Réparation				
Tympanotomie avec réparation de fistule de la fenêtrée ronde et fermeture	D	1768	325	7
Révision d'une cavité mastoïdienne	D	1684	385	7
Mobilisation de l'étrier	D	1685	385	7
Stapédectomie.....	D	1686	539	7
Décompression du nerf facial	D	1687	462	7
Greffe du nerf facial.....	D	1688	539	7
Exploration de l'oreille moyenne.....	D	1689	231	7

Section 3 : Oreille interne

Incision				
Labyrinthotomie – tout genre.....	D	1690	385	7
Excision				
Labyrinthectomie	D	1691	462	7
Réparation				
Fenestration de canal semi-circulaire.....	D	1692	385	7
Révision d'opération de fenestration	D	1693	385	7

Chapitre 19 : Opérations de l'oreille

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Dérivation endolymphatique (House).....D		1694	CS	7
Décompression du sac endolymphatique.....D		1736	539	7
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>). Les codes de services suivants sont des exemples de services qui nécessitent une approbation préalable : 1631, 1165, 1671, 2337, 2489, 9459, 9460, 9461.
8. Blessures iatrogéniques – Voir [chapitre 3, section 1.2.12](#)

1.2.12 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).

Section 2 : Greffes cutanées et greffes par glissement

2.1 Greffes par glissement

Les tarifs suivants s'appliquent aux techniques de réparation comme la plastie-Z, les lambeaux de rotation, les lambeaux pédiculaires locaux, etc. couramment utilisés par les chirurgiens plasticiens et esthétiques pour obtenir un maximum de résultats fonctionnels.

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.*

Grefte unique par glissement.....D	2200	200	7
Avec greffe cutanée libre au défaut résultantD	2201	260	7
Multiple ⁽¹⁾D	2202	320	7
Avec greffe cutanée libre au défaut résultantD	2203	361	7
Sourcil et paupière, lèvre, oreille, nez, mamelon			
Unique.....D	2204	241	7
Multiple ⁽¹⁾D	2205	320	7

⁽¹⁾ Même région fonctionnelle

2.2 Greffes à distance

Membre supérieur, première étape (chaque étape additionnelle, 75% en supplément).....D	2206	277	7
Avec greffe cutanée à la région donneuseD	2207	320	7
Membre inférieur, première étape, plâtre inclus (chaque étape additionnelle, 75 % en supplément).....D	2208	415	7
Avec greffe cutanée à la région donneuseD	2209	462	7
Greffes indirectes – en tube et par pontage			
Première étape.....D	2865	277	7
Avec greffe cutanée libreD	2866	393	7
Chaque étape additionnelleD	2867	208	7
Avec greffe cutanée libreD	2868	324	7
Grefte musculaire pédiculée, incluant greffes cutanées.....D	612	420	7
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 xénogreffes et homogreffes à 50 % du tarif applicable.

D'épaisseur totale

Paupière, nez, lèvres, aréole – traitement complet.....D	2212	231	7
Bout du doigt – traitement completD	2007	77	7
Doigt, plus d'une phalange – traitement completD	2213	154	7
D'épaisseur partielle			
Région non fonctionnelle – surface recouverte			
Moins de 6,25 cm ² (1 po ²)D	2214	54	7
Moins de 62,5 cm ² (10 po ²)D	2215	115	7
Moins de 625 cm ² (100 po ²)D	2216	231	7
Chaque surface additionnelle de 6,25 cm ² (1 po ²).....	2217	3	UD
Région fonctionnelle			
Articulations importantes ou main – traitement			
immédiatD	2218	231	7
Traitement secondaire incluant excision			
du tissu cicatriciel.....D	2219	385	7
Tête et/ou cou – moins de 62,5 cm ²			
(10 po ²).....D	2220	154	7
De 62,5 à 187,5 cm ² (de 10 à 30 po ²).....D	2221	231	7
Plus de 187,5 cm ² (30 po ²).....D	2222	539	7
Grande excision du cancer de la tête et du cou, avant la reconstruction immédiate, en supplément....	9435	92	UD
Grande excision du cancer du tronc et des membres avant la reconstruction immédiate, en supplément ...	9436	66	UD

 **Note de l'Assurance-maladie: Les codes de service 9435 et 9436 sont des ajouts aux codes de reconstruction seulement (codes de service des sections 2 et 3 ci-dessus). Les codes de service 9435 et 9436 ne peuvent être facturés que s'ils sont effectués par le même chirurgien, à la même séance opératoire, même jour.**

Greffes dans une cavité			
Orbite, incluant greffe muqueuse.....D	2223	308	7
NezD	2224	231	7
BoucheD	2225	308	7
Opération pour absence congénitale de vagin –			
chirurgie plastique et soins postopératoiresD	2226	308	7
Cavité périméale/rectale.....D	2295	308	7
Cavité osseuse importante, jusqu'à 7,5 cm.....D	580	463	7

3.1 Prothèses gonflables de distension cutanée

Insertion de prothèse gonflable de distension cutanée –			
tête, cou, couvrant une articulation importante ou			
pour myéloméningocèle.....C	2315	462	7
Sein ou autre régionC	2311	308	7

☞ *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 cutanéeC 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 couC 373 92 7
Tronc et membresC 374 66 7

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 7

Subséquent – par 5 % de surface du corps.....C 318 20 7

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 7

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	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 381 et 382 sont réservés aux spécialistes en chirurgie plastique et en dermatologie.*

Section 10 : Joues

Paralysie faciale			
Suspension statique.....D	2251	308	7
Suspension dynamique.....D	2252	385	7
Réparation mixte de paralysie faciale, plicature de muscles paralysés et résection ou paralysie de muscles suractifs.....D			
	2253	385	7
Greffe musculaire combinée effectuée en une ou plusieurs étapes pour paralysie faciale.....D			
	2254	539	7
Dermabrasion			
Moins de ¼ de la face.....C	150	67	7
De ¼ à ½ de la face.....D	151	200	7
Face entière.....D	152	405	7

☞ *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	7
---	-----	-----	---

Section 11 : Nez

Élimination de bosse.....D	2259	154	7
Reconstruction du bout, de l'aile ou de la columelle du nez.....D			
	2260	269	7
Implant nasal			
Greffe osseuse.....D	2261	308	7
Prothèse synthétique.....D	2262	231	7
Septectomie, résection sous-muqueuse, incluant septoplastie, avec correction de difformité nasale.....D			
	653	385	7
Rhinoplastie, traitement complet, incluant septectomie et greffes au besoin.....D			
	660	462	8
Rhinoplastie frontale – soins complets.....D	2263	539	7

☞ *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	7
Fractures nasales				
Sans réduction			HV	
Réduction fermée	D	420	77	7
Réduction chirurgicale	D	421	154	7

Section 12 : Orbites

Greffe osseuse à l'orbite				
Autologue	D	2264	308	7
Non autologue	D	2265	231	7
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur				
Ptose unilatérale	D	2266	225	7
Ptose bilatérale	D	9437	450	7
Réparation d'ectropion ou entropion				
Simple, opération de Ziegler, acte en cabinet	C	2267	38	
Raccourcissement horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent	D	2268	150	7
Chalazion ou autre lésion bénigne de paupière ou conjonctive	C	1627	125	
Élévation coronale ou bilatérale des sourcils	D	2180	320	7
Lambeau direct du sourcil, tarif global				
Première étape	D	2269	231	7
Deuxième étape	D	2270	115	7
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets				
1/3 de la paupière ou moins	D	2271	150	7
Plus de 1/3 de la paupière	D	2272	385	7

Section 13 : Oreilles

Otoplastie – correction de malformation de l'oreille				
Unilatérale (moins de 18 ans)	D	1671	318	7
Bilatérale - (moins de 18 ans)	D	9438	636	7
Reconstruction de l'oreille pour microtie ou perte de l'oreille				
Partielle				

Première étape.....	D	2273	154	7
Étape subséquente.....	D	2274	154	7
Total				
Étape majeure.....	D	2275	231	7
Étape mineure	D	2276	154	7
Maximum			616	
Drainage d'hématome.....	C	2278	38	7
Excision en coin et reconstruction	D	2280	115	7
Excision complète de l'oreille	D	1667	115	7
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	7
Fistule préauriculaire				
Simple	D	2282	77	7
Complicquée ou récidivante	D	2283	154	7

Section 14 : Bouche

Biopsie	B	882	31	7
Excision de lésion simple.....	C	883	31	7
Excision de grenouillette ou kyste dermoïde	D	886	92	7
Excision locale pour carcinome – plancher de la bouche, maxillaire inférieur, crête alvéolaire ou muqueuse buccale	D	887	139	7
Avec hémimandibulectomie	D	889	308	10
Fermeture de fistule oro-antrale				
Avec lambeau.....	D	892	231	7
Avec antrotomie radicale	D	893	269	7
Génioplastie pour reconstruction faciale				
Avancement en une étape	D	1701	130	7
Avancement en deux étapes.....	D	1702	162	7

Section 15 : Lèvres

Biopsie	B	894	31	7
Rasage de la lèvre, vermillonectomie	D	895	154	7
Excision de lésion simple.....	C	896	31	7
Excision en V, muqueuse labiale	D	2284	115	7
Excision en V, sulcature	D	2285	192	7
Fissure labiale traumatique	D	391	192	7
Excision d'une moitié de la lèvre et reconstruction, en une ou plusieurs étapes.....	D	899	308	7
Excision totale de la lèvre et reconstruction, en une ou plusieurs étapes.....	D	901	462	7
Reconstruction d'Abbé, soins complets.....	D	2286	385	7
Réparation de fissure labiale, incluant réparation de difformité nasale Unilatérale				

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique

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

En une étape.....D	2287	350	8
En plusieurs étapes, maximumD	2288	500	8
Bilatérale			
En une étape.....D	2289	500	8
En plusieurs étapes, maximumD	2290	625	8

Section 16 : Palais et luvette

Uvulectomie – acte isolé.....C	919	52	7
BiopsieB	920	31	7
Excision de lésion simple.....C	921	46	7
Excision de lésion maligne avec reconstructionD	2336	CS	7
Fissure palatine – réparationD	923	269	8
Révision avec greffe osseuseD	2291	308	8
Rallongement du palais et/ou lambeau pharyngéD	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 UD

Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2845 s'ajoute aux codes de service 2311, 2846, 2900, 9439 et 9440 uniquement.

Reconstruction du sein par prothèse et/ou tissus mous
Unilatérale.....D 2846 392 7
BilatéraleD 9439 784 7

Reconstruction mammaire
Par greffes ou lambeaux pédiculés
Unilatérale.....D 2900 641 7
BilatéraleD 9440 1282 7
Réparation/fermeture de paroi abdominale.....D 8900 145 UD
Lambeau transverse du grand droit de
l'abdomen inférieur (Drever).....D 352 573 7

Intervention secondaire ou révisionD 2848 392 7
Exérèse de prothèse.....D 2849 92 7
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
Unilatérale.....D 411 535 7
BilatéraleD 9441 1070 7

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, la demande doit être soumise par voie électronique avec une lettre d'explication.

Mammoplastie d'augmentationD 412 392 7

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.*

Mastectomie avec masculinisation de la poitrine

Unilatérale.....D	8163	438	7
BilatéraleD	9442	876	7

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Seuls les patients nés de sexe féminin âgés d'au moins 18 ans et dont la demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre (CCG) a été approuvée par le ministère de la Santé sont admissibles à la chirurgie. Veuillez cliquer sur le lien suivant pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'approbation préalable.*

<http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/patients/content/ChirurgieConfirmationDeGenre.html>

☞ *Note de l'Assurance-maladie : La masculinisation de la poitrine comprend :*

- a) la résection du parenchyme mammaire;*
- b) la réduction et le remodelage des lambeaux cutanés mammaires excédentaires;*
- c) la réduction et le repositionnement latéral de la plaque aréolo-mamelonnaire;*
- d) l'oblitération du pli inframammaire.*

☞ *Note de l'Assurance-maladie : La masculinisation de la poitrine ne comprend pas les chirurgies complémentaires incluant, mais sans s'y limiter, la lipectomie d'aspiration de la paroi thoracique et de la région axillaire, car elles ont pour seul but d'accentuer le résultat esthétique de l'intervention.*

Une approbation préalable nouvelle du médecin-conseil de l'Assurance-maladie est requise pour toutes révisions.

Section 18 : Tronc

Ulcère de décubitus

Pour soins complets – excision de tout le tissu, y compris l’os, et tous les actes de réparation requis, notamment rotation de lambeau pour recouvrir le défaut primaire et applicable de greffons cutanés aux défauts secondaires.

Fermeture d’ulcère de décubitus sacré ou trochantérien			
N’exigeant pas d’excision osseuse.....D	2293	320	7
Avec excision osseuse.....D	2294	420	7
Lipectomie abdominale (en cas d’incapacité fonctionnelle seulement)			
avec réparation d’hernie.....D	2337	924	10
Lipectomie, ablation de panniculeD	1165	693	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

ÉpispadiasD	1351	231	7
Hypospadias – première étape, incluant dérivation urinaireD			
Reconstruction plastique de l’urètre – pénien.....D	1352	304	7
Pénio-scrotal ou périnéal.....D	1353	419	7
Pénio-scrotal ou périnéal.....D	1354	546	7
Fermeture de fistule uréthro-cutanéeD	1355	254	7
Rétrécissement urétral, réparation en une étape avec dérivationD			
1321	277	7	
En deux étapes			
Première étape.....D	1322	139	7
Deuxième étape.....D	1323	277	7
Urétroplastie (Johanson) – chaque étapeD	2298	310	7

Section 20 : Membres

Pour lymphœdème des membres – opération de Kondoléon.....D			
869	277	7	
Évidement radical – membre inférieur entier, soins completsD			
870	539	7	
Membre supérieur			
Avant-bras.....D	2299	231	7
BrasD	2300	154	7
Membre supérieur entier, en une ou deux étapes, soins complets.....D			
2301	385	7	
Membre inférieur			
Jambe.....D	2302	385	7

Chapitre 20: Actes de chirurgie plastique

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Cuisse.....D		2303	385	7
Membre inférieur entier, en une ou deux étapes, soins complets.....D		2304	769	7
Excision d'ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
Une jambe.....D		759	192	7
Les deux jambes.....D		760	308	7
Excision d'ulcère variqueux et greffe cutanée				
Une jambe.....D		762	123	7
Les deux jambes.....D		763	185	7

Section 21 : Fractures (non-opératoires)

Phalangette				
Sans réduction, une ou plusieurs.....D	2648	31		
Phalangine ou phalange				
Sans réduction, une ou plusieurs.....D	2651	32		
Os métacarpiens				
Sans réduction, une ou plusieurs.....D	2657	31		
Os carpiens, sauf le scaphoïde				
Sans réduction, une ou plusieurs.....D	2661	77		
Réduction fermée	2662	77	7	
Os scaphoïde				
Sans réduction	2664	92		
medecin				
Os métatarsiens				
Sans réduction, une ou plusieurs.....D	2716	31		
Réduction fermée	2717	62	7	

Section 22 : Main

Syndactylie – première commissure, lambeaux localisés.....D	2305	154	7	
Greffes cutanées, libres ou pédiculées	2306	231	7	
Lambeau direct d'épaisseur totale au doigt, tarif global.....D	2008	115	7	
Lambeau neurovasculaire pédiculé.....D	2418	308	7	

Section 23 : Réparations microchirurgicales

Les lambeaux musculo-cutanés ne doivent pas être facturés selon des codes microvasculaires, mais plutôt selon leurs codes appropriés (c.-à-d. 2900 - lambeau de grand droit abdominal).

Pour facturer les codes microvasculaires, il faut une greffe gratuite avec réanastomose microvasculaire (c.-à-d. 1843, 1844 et 1845) ou le pédicule vasculaire doit être disséquée et préservée sur toute sa longueur (c.-à-d. 1843 et 1844 seulement), ce que le protocole opératoire doit clairement indiquer.

Amputation complète : réimplantation				
Pouce.....D	2880	1071	14	
Doigt	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	2884	1786	14	
Jambe	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 complèteD	2886	CS	9
Microchirurgie – structure particulière			
Microchirurgie vasculaire – artère ou veineD	2887	314	7
Grefe microvasculaire (2 anastornoses).....D	9485	550	7
Reparation microneural – neuroplastie, anastomose nerveuse.....D	2888	314	7
Grefe nerveuseD	2889	478	7
(greffe filamenteuse, ajouter 75 %) (multiples greffes filamenteuses éloignées payables à 100 % du tarif)			
Transferts de nerfs			
Transfert de nerfs, pour inclure la dissection du nerf donneur, la dissection du nerf receveur, l'anastomose microneuraleD	9443	717	7
Lambeaux Microvasculaires			
Grefe libre de tissu cutané et sous-cutané vasculaireD	9444	3185	14
Lambeau de peau/perforateur sous-cutané pédiculéD	9445	2015	14
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuseD	1843	1126	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1844	1170	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire.....D	1845	1170	14
Grefe gratuite innervée et vascularisée de la peau et des tissus sous-cutanésD	9446	3422	14
Lambeau innervé pédiculé de la peau et du perforateur sous-cutanéD	9447	2205	14
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuseD	1846	1260	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1847	1260	14
Transplantation avec micro-anastomose neuro- vasculaireD	1848	1202	14
Grefe libre vascularisé du muscle ou tissu musculo-cutanéD	9448	3141	14
Lambeau vascularisé pédiculé du muscle ou tissu musculo-cutanéD	9449	2015	14
Grefe libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé			
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuseD	1849	1126	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1850	1170	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire.....D	1851	1126	14
Grefe vascularisée musculaire ou musculo-cutanée gratuite avec tendon et nerf.....D	9450	3839	14
Lambeau pédiculé perforateur musculaire ou musculo-cutané			

avec tendon et nerf.....D	9451	2443	14
Grefte libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé avec tendons et nerf			
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone			
donneuseD	1852	1396	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1853	1396	14
Transplantation avec micro-anastomose neurovasculaire et réparation de tendons.....D	1854	1396	14
Grefte libre d'os vasculariséD	9452	3275	14
Lambeau pédiculé vascularisé perforateur osseuxD	9453	2015	14
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone			
donneuseD	1855	1126	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1856	1170	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et fixation osseuse.....D	1857	1260	14
Grefte libre de tissu ostéo-cutané ou ostéo-musculaire vasculariséD	9454	3515	14
Lambeau perforateur ostéo-cutané ou ostéo-musculaire pédiculéD	9455	2237	14
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone			
donneuseD	1858	1278	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1859	1278	14
Transplantation avec micro-anastomose, ostéotomies et fixation osseuse.....D	1860	1278	14
Grefte libre microvasculaire d'orteil ou de doigtD	9456	3677	14
Grefte perforateur d'orteil ou de doigt pédiculéD	9457	2237	14
Prélèvement de greffon et fermeture de la zone			
donneuseD	1861	1278	14
Préparation d'une zone receveuse.....D	1862	1278	14
Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et réparation des tendons, des nerfs et de l'os.....D	1863	1440	14

Section 24 : Divers

Réparation de méningocèle, soins completsD	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 +/- greffeD	2326	269	8
Lambeau unique			
Avec greffe cutanéeD	2327	231	8
Sans greffe cutanéeD	2328	154	8
Excision de glandes sudoripares axillaires			
pour hyperhidrose, unilatéraleD	2329	269	7
Grefte dermograsseuseD	2417	308	7
Lipome			

Lipectomie à l'aide de succion – petite surface	D	353	115	7
Surface étendue, ou tête, cou ou articulation	D	354	154	7

Note de l'Assurance-maladie : Liposuction 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 25 : Chirurgie du tatouage

(pour hémangiome, vitiligo, lentigo, etc.)

Face				
¼ ou moins	D	2330	77	7
¼ à ½	D	2331	154	7
Face entière	D	2332	231	7
Région non faciale				
Par surface de 6,25 cm ² (1 po ²)	D	2333	38	7
62,5 cm ² (10 po ²)	D	2334	77	7
625 cm ² (100 po ²)	D	2335	154	7

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 : Consultations et évaluation

Consultation de deuxième opinion	3188	53
--	------	----

L'examen des consultations pour obtenir une deuxième opinion, à la demande d'un spécialiste, d'une étude d'imagerie sans radiographie simple réalisée par un établissement extérieur, y compris, entre autres, les études de tomographie, d'échographie, d'IRM, de médecine nucléaire ou d'angiographie.

Évaluation - radiologie interventionnelle	3189	53
---	------	----

L'évaluation de la radiologie interventionnelle (IRM) comprend l'examen de l'imagerie pertinente, à la demande d'un médecin orienteur. Le médecin qui effectue l'évaluation n'est pas tenu de voir le patient directement pour facturer ce service.

Voici les conditions qui justifient une IRM :

1. Greffe d'endoprothèse aortique/évaluation endovasculaire en cas d'anévrisme.
2. Stenting de l'artère carotide.
3. Embolisation de l'artère utérine et autres embolisations complexes, y compris de la prostate.
4. Intervention en cas d'accident vasculaire cérébral aigu.
5. Procédures complexes d'échantillonnage veineux du système endocrinien (hypophyse ou surrénale).
6. Syndrome de congestion pelvienne.
7. Malformations vasculaires.
8. Cas de TACE/Y-90 et d'ablation.
9. Évaluation de la tomographie pour l'implantation transcathéter de valve aortique (ITVA).

Section 2 : 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 séreuse	A	1901	15
Citerne basale.....	A	1902	23
Duodénum – par intubation pour épreuve de sécrétion (après une heure, facturer en supplément selon le tarif de surveillance exclusive).....			
	B	1903	38
Hydrocèle	B	1368	8
Articulation.....	A	1905	15
Ponction lombaire.....	B	177	38
Œsophage ou estomac, avec préparation du matériel en vue d'un examen cytologique			
	B	1907	15
Péricarde – aspiration ou ponction-biopsie	A	1908	115 7
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 7
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 de déplacement/télé médecine – 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			
Subséquente	B	1929	8			
La première (par une artère)	B	1930	38			
Subséquente	B	1931	15			
Électrocardiographie (voir chapitre 2 , règle d'évaluation 15)						
Acte avec interprétation						
En cabinet.....	B	1932	20			
À domicile.....	B	1933	23			
Avant et après effort.....	B	1934	23			

Simple interprétation, en 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	
Entérottest (« string-test »).....B	1906	8	
Examen de l'œil sous anesthésie généraleB	2049	31	
Fluoroscopie et/ou orthodiagrammeB	1941	15	
Repas d'épreuve de fractionnement, prélèvements et analyse.....B	1943	23	
Repas d'épreuve de stimulation maximale à l'histamine.....B	1944	31	7
Lavage gastrique – diagnostique ou d'urgence.....B	1942	15	
Injections (coût des substances injectées en supplément)			
Par dissection veineuseA	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	20	
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	150	
Actes de ponction-biopsie				
Moelle osseuse	B	866	38	7
Rein	A	1952	54	
Foie	B	1953	38	7
Rate	A	1954	46	
Plèvre	A	1955	31	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	
Péricarde	A	1908	115	7
Tissu synovial	A	1956	38	
Prostate	B	1383	62	7

Section 3 : 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 coélique	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
Infiltration para-facettaire de l'articulation intervertébrale par orientation anatomique			
	B	8982	35
Injection d'articulation			
Sacro-iliaque	B	1887	29
Vertébrale.....	B	1888	50

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1888 peut être facturé uniquement pour les injections intra-articulaires d'une facette articulaire guidée par fluoroscopie ou par ultrason.*

Injection de point déclenchant	B	1889	15
Injection subséquente.....	B	1890	8
Bloc i.v. de guanéthidine	B	1802	64

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2477 n'est pas payable en supplément du code de service 1802.*

Injection d'alcool, phénol ou autres agents sclérosants– le tarif de base ci-dessus	B	294	CS
--	---	-----	----

Bloc nerveux avec cryo-analgésie, en supplément	B	292	50 %	
Actes spéciaux non pénétrants, notamment stimulation électrique nerveuse transcutanée (SENT) (ne s'applique pas à l'acuponcture)				HV
Cliniques contre la douleur – la première visite avec le médecin est payable au tarif de consultation, quand elle ne fait pas l'objet de rémunération à la vacation.				
Œsophage				
Épreuve de perfusion à l'acide chlorhydrique (HCL).....	B	2094	23	
Études de la motilité.....	B	2095	54	
Œsophage et estomac				
Surveillance ambulatoire de 24 h.....	B	1799	54	
Paracentèse				
Thoracique – ponction de cavité pleurale pour aspiration (diagnostique et thérapeutique), première ou subséquente.....	B	2592	38	
Abdominale – aspiration pour prélèvement diagnostique	B	1992	15	
Aspiration thérapeutique, incluant prélèvement diagnostique	B	1993	38	
Thoracique ou abdominal – administration de chimiothérapie incluant aspiration thérapeutique et prélèvement.....	B	1994	38	7
Insufflation péritébrale.....	B	1995	38	
Phonocardiogramme – surveillance et interprétation	B	1996	23	
Plasmaphérèse				
Première	B	1535	75	
Subséquente, de la 2 ^e à la 5 ^e	B	1536	50	
Additionnelle, même année	B	1537	38	
Études de la fonction pulmonaire				
1. Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation, la mixique et la diffusion	B	2098	38	
2. Épreuves particulières				
a. Pression partielle du gaz carbonique artériel par technique respiratoire.....	B	2099	15	
b. Ponction artérielle avec analyse gazeuse au repos.....	B	2100	23	
c. Ponction artérielle avec analyse gazeuse au repos et à l'effort.....	B	2101	38	
d. Volumes sanguins	B	2102	15	
e. Capacité de diffusion au repos	B	2103	15	
f. Capacité de diffusion à l'effort	B	2104	15	

g. Courbe de dilution de colorant – oxymètre auriculaire	B	2105	8	
h. Courbe de dilution de colorant et débit cardiaque	B	2106	15	
i. Mixique	B	2107	8	
j. Volumes pulmonaires (volume résiduel, capacité pulmonaire totale)	B	2108	23	
k. Capacité respiratoire maximale	B	2109	8	
l. Mécanique respiratoire au repos	B	2110	23	
m. Mécanique respiratoire à l'effort	B	2111	23	
n. Oximétrie				
1. Durée de la désaturation à 90 %	B	2112	8	
2. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort	B	2113	8	
3. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort, sous oxygène	B	2114	8	
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	7
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 spermatozoïdes	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 4 : Ultrasonographie cardiaque

Échocardiographie transœsophagienne.....B	1816	51
Échographie, épanchement péricardique, écho MB	2980	14
Échocardiographie complète, écho M.....B	2981	31
Avec visualisation à deux dimensionsB	2982	49
Échocardiographie – Doppler		
Qualitative pour déceler l'absence ou la présence de maladie valvulaire		
Interprétation.....B	2966	19
Interprétation et exécutionB	2967	25
Quantitative pour déceler une maladie valvulaire et calculer les surfaces valvulaires et les tensions différentielles		
Interprétation.....B	2968	34
Interprétation et exécutionB	2969	45

Section 5 : Ultrasonographie carotidienne
--

Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale pour analyse spectraleB	2970	41
---	------	----

Section 6 : Endosonographie

Endosonographie du tractus gastro-intestinal supérieur (sonde non payable en sus)			
Par l'œsophage.....	B	8147	51 7
Par l'estomac.....	B	8148	148 7
Par le duodénum	B	8149	184 7
Endosonographie du tractus gastro-intestinal inférieur (sonde non payable en sus)			
	B	8150	100 7
Suppléments pour les endosonographies du tractus gastro-intestinal inférieur et supérieur			
Aspiration à l'aiguille fine	B	8151	77
Dilatation du rétrécissement	B	8152	77
Injection à l'aiguille fine.....	B	8153	77
Drainage du pseudokyste	B	8154	77

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Dans certaines situations exceptionnelles, si la sonde est retirée ou si une seconde sonde (ou une sonde différente) est insérée pour examiner le tractus gastro-intestinal ou pour effectuer une autre intervention, la sonde supplémentaire (p. ex. : code 964) pourra être remboursée à 75 %. Ces renseignements doivent figurer sur la demande de paiement. Dans le cas contraire, la sonde n'est pas remboursée.*

Section 7 : 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 8 : Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler)

Évaluation vasculaire périphérique, un segment (p. ex : cheville), un ou deux niveaux.....			
	B	2425	10
Un membre seulement	B	2122	8
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après).....			
	B	2123	13
Comme ci-dessus avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de pression et/ou épreuves à l'effort			
	B	2955	20
Un membre seulement	B	2124	15
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après).....			
	B	2125	25
Évaluation vasculaire périphérique d'un membre (au moins 3 niveaux), avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de fréquence et/ou spectrale			
	B	2126	25
Un membre seulement	B	2127	19
Évaluation bilatérale (voir la page ci-après)	B	2128	31
Évaluation comme ci-dessus d'un membre, avec épreuves à l'effort.....			
	B	2586	31

Un membre seulement	B	2129	23
Évaluation bilatérale (voir la Note de d'Assurance-maladie ci-après).....	B	2130	39

Section 9 : 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 10 : Mise en place d'une canule veineuse

S'applique également au remplacement, sauf indication contraire (exclut les ponctions veineuses simples comme la phlébotomie, l'administration intraveineuse de médicaments au moyen d'une seringue ou d'un papillon pour le goutte-à-goutte, etc.).

Insertion d'un cathéter de veine à demeure par

voie périphérique	A	2477	15	
-------------------------	---	------	----	--

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2477 n'est pas payable en 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 intensifs	A	2476	30	
Insertion et passage sous-cutané d'un cathéter à demeure central dans la veine cave, comme le Hickman-Broviac ou le Port-A-Cath ou Pas-Port.....	B	1885	115	7
Avec un réservoir sous-cutané	B	1883	200	7
Retrait : Voir la note de l'Assurance-maladie				
Insertion d'un cathéter veineux central par perforation d'une veine proximale.....	B	8155	86	7
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 laparoscopie	D	8126	339	7
---	---	------	-----	---

Chapitre 22 : Actes cliniques associés aux visualisations diagnostiques

Liste Code Unités Unités
Gen An

CHAPITRE 22 : ACTES CLINIQUES ASSOCIÉS AUX VISUALISATIONS DIAGNOSTIQUES

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

Les honoraires de ces actes couvrent la rémunération de services professionnels comme la mise en place d'un appareil et l'introduction de substances de contraste (sauf l'administration par voie buccale ou rectale pour étude du tube digestif, ainsi que les injections intraveineuses). Les frais de radiologie sont en supplément.

☞ *Note de l'Assurance-maladie : Voir les valeurs unitaires au [chapitre 3, section 1.5](#).*

Section 1 : Honoraires d'actes spéciaux

Masse mammaire, localisation par ponction				
avec mammographie	B	1715	63	
Myélographie				
1 segment	B	181	63	7
2 segments ou plus	B	2013	89	7
De la fosse postérieure	B	2014	107	7
Discographie				
Un niveau	B	2146	63	7
Chaque niveau additionnel.....	B	2119	32	UD
Injection de facette articulaire, par articulation	B	2120	50	
Bronchographie				
Unilatérale.....	B	2147	36	7
Bilatérale	B	1711	54	7
Laryngographie	B	2148	36	7
Arthrographie	B	2149	27	7
En double contraste.....	B	2062	44	
Pneumoencéphalographie	B	182	107	7
Ventriculographie	B	1506	179	7
Vélopharyngographie.....	B	1991	36	
Angiographie				
Artériographie, percutanée (par aiguille seulement).....	B	800	77	7
Non sélective				
Percutanée (avec cathéter)	B	2156	89	7
Par dissection	B	2154	133	7
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 une 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	7
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	7
Bilatérale	B	2064	133	
Sialographie	B	2159	44	7
Dacryocystographie	B	2160	44	7
Insufflation présacrée.....	B	2161	44	7
Splénoportographie.....	B	2162	63	7
Portographie percutanée transhépatique	B	1721	89	
Cholangiographie percutanée transhépatique	B	2163	89	7
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	7
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER) +/- biopsie, +/- cytologie.....				
	B	2875	202	7
Hystérosalpingographie	B	2164	63	7
Sonohystérogramme	B	8075	63	7
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 percutanée	B	2016	63	7
Insertion percutanée de tube de néphrotomie sous anesthésie locale et fluoroscopie.....	B	2840	133	
Néphrostomie percutanée avec dilatation urétérale ou insertion de moule sous visualisation diagnostique	B	1720	231	
Établissement percutané d'une voie de néphrotomie en vue d'exérèse de calcul du rein	B	2121	340	7
Radiographie du conduit iléal	B	2087	27	
Duodéno-graphie hypotonique par intubation.....	B	2065	17	
Intubation de l'intestin grêle	B	1057	36	7
Ponction diagnostique percutanée de collection liquide sous visualisation diagnostique.....	B	1717	63	
Insertion percutanée de tube de drainage dans une collection liquide sous visualisation diagnostique	B	1718	95	
Ponction-biopsie intra-abdominale percutanée d'une masse solide sous visualisation diagnostique	B	1719	79	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	7
Biopsie par brossage bronchique	B	2067	63	7
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	125 % 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	88 % du taux normal de paiement


Les samedis, les dimanches et les jours fériés, le radiologiste pourra facturer la prime de 60 % si le médecin revient à l'hôpital, tandis que s'il intervient par téléradiologie depuis l'extérieur de l'établissement, le radiologiste 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 « Élément 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
Cholangiopancreatographie 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

Épaule	3081	8
Clavicule	3082	8
Omoplate.....	3083	8
Articulations acromio-claviculaires	3084	8
Avec application de poids.....	3085	11
Humérus.....	3086	8
Coude	3087	8
Avant-bras.....	3088	8
Poignet	3089	8
Os scaphoïde	3090	5
Main (deux doigts ou plus)	3091	8
Main pour tissus mous	3218	5
Doigt ou pouce.....	3092	5
Incidences spéciales de n'importe quel examen ci-dessus	3093	5
Membre supérieur par appareil mobile	3219	8
Tomographie	3094	18

Section 7 : Membres inférieurs

Hanche	3095	8
Enclouage de la hanche		
Simple interprétation.....	3096	9
Surveillance et interprétation	3097	20
Fémur	3098	8
Genou	3099	8
Rotule.....	3100	5
Jambe inférieure.....	3101	8
Chevilles.....	3102	8
Calcaneum.....	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	29	
---	------	----	--

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	35
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 tomодensitométrie des artères coronaires			
L'évaluation de l'aorte ascendante est comprise dans le service	3316	160	
Angiographie par tomодensitométrie autre que coronarienne.....	3317	60	

Section 12 : Tomographie axiale informatisée

Tête – sans contraste ou avec contraste différée.....	3166	40
PUAH @ 60 %	3400	24
PUAH @ 125 %	3401	50
PUAH @ 42 %	3402	17
PUAH @ 88 %	3403	35
Avec contraste	3167	46
PUAH @ 60 %	3404	28
PUAH @ 125 %	3405	58
PUAH @ 42 %	3406	19
PUAH @ 88 %	3407	40
Répété avec contraste	3168	60
PUAH @ 60 %	3408	36
PUAH @ 125 %	3409	75
PUAH @ 42 %	3410	25
PUAH @ 88 %	3411	53
Sinus et massif facial – sans contraste ou avec contraste différée	3230	40
PUAH @ 60 %	3400	24
PUAH @ 125 %	3401	50
PUAH @ 42 %	3402	17
PUAH @ 88 %	3403	35
Avec contraste	3213	46
PUAH @ 60 %	3404	28
PUAH @ 125 %	3405	58
PUAH @ 42 %	3406	19
PUAH @ 88 %	3407	40
Selle turcique – sans contraste ou avec contraste différée	3126	40
PUAH @ 60 %	3400	24
PUAH @ 125 %	3401	50
PUAH @ 42 %	3402	17
PUAH @ 88 %	3403	35
Avec contraste	3127	46
PUAH @ 60 %	3404	28
PUAH @ 125 %	3405	58
PUAH @ 42 %	3406	19
PUAH @ 88 %	3407	40
Orbites – sans contraste ou avec contraste différée	3151	40
PUAH @ 60 %	3400	24
PUAH @ 125 %	3401	50
PUAH @ 42 %	3402	17
PUAH @ 88 %	3403	35
Avec contraste	3152	46
PUAH @ 60 %	3404	28
PUAH @ 125 %	3405	58
PUAH @ 42 %	3406	19
PUAH @ 88 %	3407	40

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Os temporaux – sans contraste ou avec contraste différée		3160	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 125 %		3401	50	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 88 %		3403	35	
Avec contraste		3161	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 125 %		3405	58	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 88 %		3407	40	
ATM (articulation temporomandibulaire) – sans contraste ou				
Avec contraste différée comprend bouche ouverte et fermée		3181	40	
PUAH @ 60 %		3400	24	
PUAH @ 125 %		3401	50	
PUAH @ 42 %		3402	17	
PUAH @ 88 %		3403	35	
Avec contraste		3182	46	
PUAH @ 60 %		3404	28	
PUAH @ 125 %		3405	58	
PUAH @ 42 %		3406	19	
PUAH @ 88 %		3407	40	
Poitrine – sans contraste ou avec contraste différée		3169	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3165	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Cou – sans contraste ou avec contraste différée		3308	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3318	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Abdomen – sans contraste ou avec contraste différée		3309	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3319	60	

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Bassin – sans contraste ou avec contraste différée		3310	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3320	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Extrémité – sans contraste ou avec contraste différée		3226	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3228	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Articulation – sans contraste ou avec contraste différée		3321	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3322	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Colonne cervicale – sans contraste ou avec contraste différée		3312	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Avec contraste		3323	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	
PUAH @ 125 %		3409	75	
PUAH @ 42 %		3410	25	
PUAH @ 88 %		3411	53	
Colonne thoracique – sans contraste ou avec contraste différée		3324	60	
PUAH @ 60 %		3408	36	

PUAH @ 125 %	3409	75
PUAH @ 42 %	3410	25
PUAH @ 88 %	3411	53
Avec contraste	3325	60
PUAH @ 60 %	3408	36
PUAH @ 125 %	3409	75
PUAH @ 42 %	3410	25
PUAH @ 88 %	3411	53
Rachis lombaire – sans contraste ou avec contraste différée .	3326	60
PUAH @ 60 %	3408	36
PUAH @ 125 %	3409	75
PUAH @ 42 %	3410	25
PUAH @ 88 %	3411	53
Avec contraste	3327	60
PUAH @ 60 %	3408	36
PUAH @ 125 %	3409	75
PUAH @ 42 %	3410	25
PUAH @ 88 %	3411	53

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 @ 125 %	3441	54
PUAH @ 42 %	3442	18
PUAH @ 88 %	3443	38
Examen transcrânien d'un adulte (avec Doppler)	3227	41
PUAH @ 60 %	3500	25
PUAH @ 125 %	3501	51
PUAH @ 42 %	3502	17
PUAH @ 88 %	3503	36
Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale, examen duplex	3201	41
PUAH @ 60 %	3500	25
PUAH @ 125 %	3501	51
PUAH @ 42 %	3502	17
PUAH @ 88 %	3503	36
Thyroïde	3171	22
PUAH @ 60 %	3444	13
PUAH @ 125 %	3445	28
PUAH @ 42 %	3446	9
PUAH @ 88 %	3447	19

Thorax

Masses pulmonaires, épanchement pleural.....	3196	36
PUAH @ 60 %.....	3484	22
PUAH @ 125 %.....	3485	45
PUAH @ 42 %.....	3486	15
PUAH @ 88 %.....	3487	32
Sein ou échantillon de tissu – chaque sein.....	3197	22
PUAH @ 60 %.....	3444	13
PUAH @ 125 %.....	3445	28
PUAH @ 42 %.....	3446	9
PUAH @ 88 %.....	3447	19
Échographie cardiaque		
Épanchement péricardique, écho M.....	3172	22
PUAH @ 60 %.....	3444	13
PUAH @ 125 %.....	3445	28
PUAH @ 42 %.....	3446	9
PUAH @ 88 %.....	3447	19
Complète, écho M.....	3173	45
PUAH @ 60 %.....	3452	27
PUAH @ 125 %.....	3453	56
PUAH @ 42 %.....	3454	19
PUAH @ 88 %.....	3455	40
Avec visualisation à deux dimensions.....	3174	72
PUAH @ 60 %.....	3456	43
PUAH @ 125 %.....	3457	90
PUAH @ 42 %.....	3458	30
PUAH @ 88 %.....	3459	63
Abdomen –examen complet (plus qu’une région ou un organe)	3175	45
PUAH @ 60 %.....	3452	27
PUAH @ 125 %.....	3453	56
PUAH @ 42 %.....	3454	19
PUAH @ 88 %.....	3455	40
Examen partiel – vésicule biliaire, aorte, etc. (une région ou un organe).....	3176	25
PUAH @ 60 %.....	3464	15
PUAH @ 125 %.....	3465	31
PUAH @ 42 %.....	3466	11
PUAH @ 88 %.....	3467	22
Bassin –transabdominal.....	3177	36
PUAH @ 60 %.....	3484	22
PUAH @ 125 %.....	3485	45
PUAH @ 42 %.....	3486	15
PUAH @ 88 %.....	3487	32
Bassin – par voie endovaginale.....	3328	36
PUAH @ 60 %.....	3484	22
PUAH @ 125 %.....	3485	45
PUAH @ 42 %.....	3486	15
PUAH @ 88 %.....	3487	32

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Prostate – par voie endorectale		3231	66	
PUAH @ 60 %		3504	40	
PUAH @ 125 %		3505	83	
PUAH @ 42 %		3506	28	
PUAH @ 88 %		3507	58	
Prostate – par voie endorectale avec biopsie		3237	92	
PUAH @ 60 %		3508	55	
PUAH @ 125 %		3509	115	
PUAH @ 42 %		3510	39	
PUAH @ 88 %		3511	81	
Obstétrique, grossesse – échographie complète.....		3178	40	
PUAH @ 60 %		3472	24	
PUAH @ 125 %		3473	50	
PUAH @ 42 %		3474	17	
PUAH @ 88 %		3475	35	
Chaque fœtus additionnel		3180	40	
PUAH @ 60 %		3472	24	
PUAH @ 125 %		3473	50	
PUAH @ 42 %		3474	17	
PUAH @ 88 %		3475	35	
Testicules, kystes poplités, ganglions, etc.		3198	25	
PUAH @ 60 %		3464	15	
PUAH @ 125 %		3465	31	
PUAH @ 42 %		3466	11	
PUAH @ 88 %		3467	22	
Examen vasculaire d'un seul vaisseau ou d'une lésion/Doppler		3179	15	
PUAH @ 60 %		3476	9	
PUAH @ 125 %		3477	19	
PUAH @ 42 %		3478	6	
PUAH @ 88 %		3479	13	
Membres				
Examen artériel périphérique				
Une jambe ou un bras		3238	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 125 %		3453	56	
PUAH @ 42 %		3454	19	
PUAH @ 88 %		3455	40	
Deux jambes ou deux bras		3239	90	
PUAH @ 60 %		3516	54	
PUAH @ 125 %		3517	113	
PUAH @ 42 %		3518	38	
PUAH @ 88 %		3519	79	
Examen veineux périphérique – thrombose veineuse profonde				
Un bras ou une jambe		3240	45	
PUAH @ 60 %		3452	27	
PUAH @ 125 %		3453	56	
PUAH @ 42 %		3454	19	

PUAH @ 88 %	3455	40
Deux bras ou deux jambes	3241	90
PUAH @ 60 %	3516	54
PUAH @ 125 %	3517	113
PUAH @ 42 %	3518	38
PUAH @ 88 %	3519	79

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	

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 aortiqueD	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 69

Évaluation clinique partielle..... 4097 25

Soins à l'hôpital

Soins de supervision 4102 35

Section 1 : Radiothérapie isotopique

Traitement de l'hyperthyroïdie, par traitement 4060 49

Radiothérapie isotopique – carcinome de la thyroïde,
par traitement 4011 66

Traitement de polycythémie vraie, par traitement 4012 38

Traitement de cancer métastatique (autre que thyroïdien),
par traitement 4013 49

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**

	Liste	Code	Unités Gen	Unités An
Fraction d'éjection de la vésicule biliaire (incluant scintigraphie hépatobiliaire).....		4079	53	
Scintigraphie hépatobiliaire (foie, vésicule biliaire et voies biliaires)		4037	30	
Répétée avec morphine		4108	30	
Cinétique hépatobiliaire (fuite biliaire ou postcholécystectomie)		4077	46	
Scintigraphie du foie/de la rate		4036	23	
Scintigraphie hépatobiliaire postcholécystokinine		4078	51	
Scintitomographie du foie et de la rate (incluant la scintigraphie du foie).....		4074	41	
Scintitomographie hépatique aux globules rouges (incluant débit et phase immédiate)		4075	64	
Recherche de saignement digestif (incluant débit et marquage des globules rouges).....		4080	49	
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	52
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	53
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