

INDEX

	<i>Page</i>
# G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER	G-2
CRANE ET FACE	G-5
SQUELETTE AXIAL	G-7
Colonne vertébrale	G-7
Thorax	G-13
Bassin	G-13
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS	G-15
Épaule	G-15
Bras (humérus)	G-18
Coude	G-20
Avant-bras	G-21
Main et poignet	G-24
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS	G-30
Hanche	G-30
Cuisse	G-32
Fémur	G-32
Genou	G-35
Tibia et péroné	G-38
Cheville	G-40
Pied	G-42
BOURSE SÉREUSE	G-47
MUSCLES	G-47
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS	G-48
DIVERS	G-49

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 DÉFINITIONS

1.01 Os mineur : un os de la main ou du pied à l'exception du calcanéum et l'astragale.

1.02 Os majeur : tout autre os.

1.03 Réduction ouverte : procédé chirurgical du traitement d'une fracture ou d'une luxation comportant soit l'exposition du site, soit la fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit la fixation par un appareil externe ou par l'incorporation de trois (3) broches ou plus dans un plâtre, et l'immobilisation, le cas échéant.

1.04 Réduction fermée : la mobilisation d'une fracture ou d'une luxation et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et l'immobilisation.

La seule immobilisation d'une fracture ne constitue pas une réduction fermée.

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

1.05 Chirurgie : une intervention visée par ce préambule.

2.00 RÈGLES D'APPLICATION

2.01 Nonobstant le préambule de chirurgie, lorsque les soins post-opératoires sont dispensés par un médecin autre que celui qui a exécuté la chirurgie initiale ou à qui sont confiés ces soins selon les modalités établies au paragraphe 2.04 ci-après, cet honoraire ne couvre pas les services médicaux qui sont dispensés à un patient postérieurement à un transfert interétablissement.

AVIS : *Veuillez vous référer à l'article 2 du préambule particulier de la chirurgie.*

S'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation, cet honoraire couvre en outre tous les soins incidents sauf la reconstruction des tissus mous (peau et muscles), des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.

- + L'honoraire pour une réduction de fracture ou de luxation d'un membre (*) ne couvre pas la rémunération des services postopératoires. Il en est ainsi de l'honoraire pour une chirurgie dont le tarif est de 55 \$ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire.

Lors de réduction ouverte de fracture ou de luxation dont le tarif est soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa, la rémunération de l'assistance chirurgicale est fixée à 30 % du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 15 % (R=4) (**MOD 050**) du taux établi pour les autres actes.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

2.02 Lors du traitement chirurgical, pour une ou plusieurs fractures ou luxations, d'un patient qui a subi un dommage au système nerveux central ou périphérique pour lequel il n'est pas suivi par un autre médecin, le médecin qui pose l'acte chirurgical est, pour un examen postopératoire effectué au-delà du quinzième jour de l'intervention, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

(*) membre : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs

2.03 Lors du traitement d'une fracture ou d'une luxation d'un membre (*), le médecin est rémunéré selon les services qu'il rend conformément aux règles de tarification prévues à l'entente générale sauf disposition contraire au tarif.

2.04 Le médecin qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation ou de toute autre intervention orthopédique, et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors l'article du préambule de chirurgie concernant les soins postopératoires confiés à un autre médecin. Cependant, dans le cas d'une réduction fermée, on partage, en parts égales, les honoraires entre le médecin qui pose un acte chirurgical et le médecin traitant (**MOD 027**).

Toutefois, cet article ne s'applique pas aux réductions de fracture et de luxation des membres (*) qui sont soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa.

AVIS : *Le médecin qui facture des frais postopératoires doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

2.05 Lorsqu'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs, le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au plein tarif pour chaque réduction (**MOD 010**).

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un (1) ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif (**MOD 050**) pour le traitement de chaque os mineur.

Lorsqu'il s'agit de fractures multiples d'un même os, un seul honoraire est exigible.

Lorsqu'il y a deux (2) fractures du même os dont l'une est reliée à une articulation et qu'il y a réduction ouverte par des voies d'approche différentes, on accorde le plein tarif pour la réduction principale et le demi-tarif pour l'autre (**MOD 049**).

Lorsque les deux (2) fractures sont reliées à une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture (**MOD 029**).

2.06 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est, s'il y a réduction ouverte, majoré de la moitié (**MOD 039**).

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé (**MOD 020**).

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 2.06 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

2.07 Le médecin qui doit reprendre une réduction fermée a droit, pour la seconde réduction, au plein tarif.

Ce médecin n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée supplémentaire.

2.08 Le médecin n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique, lors de la même séance, une réduction ouverte sur le même site.

(*) membres : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs.

- + **2.09** On accorde un honoraire de 104 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 110 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 030).
- + On accorde un honoraire de 52 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 55 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 064).
- + On accorde un honoraire de 104 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 110 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction (MOD 169).

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur 169, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.*

2.10 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés selon le tarif de la réparation de plaie.

2.11 Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

2.12 Le médecin a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

2.13 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif (**MOD 134**).

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif (**MOD 150**).

2.14 La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (**MOD 172**).

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.*

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou ses multiples** le cas échéant (voir l'annexe II – Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). **En plus du modificateur approprié**, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

CRÂNE ET FACE*Arthroplastie*

+02339	temporo-mandibulaire unilatérale.	491,60	5
--------	---	--------	---

Biopsie

+09550	ouverte (unique ou multiple).	168,60	4
--------	---------------------------------------	--------	---

Manipulation sous anesthésie générale

+02862	temporo-mandibulaire.	27,30	3
--------	-------------------------------	-------	---

Excision

+02206	condylectomie unilatérale.	269,80	3
+09551	tumeur bénigne	309,90	4
+09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	408,95	5
+02112	hémimandibulectomie.	293,80	4
+02203	mandibulectomie totale.	424,20	7
+02204	maxillectomie supérieure totale	430,50	7
+02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	522,05	11
+02207	ménissectomie temporo-mandibulaire.	244,70	3

Fractures

+02512	arcade zygomatique : réduction ouverte	114,65	4
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis au paragraphe 2.06 de l'appareil du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
+07500	dure-mère intacte	402,45	9
+07501	avec déchirure de la dure-mère.	462,25	9
+07502	avec traumatisme cérébral important	451,40	9
+07503	intéressant les sinus	485,05	9
+07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée.	489,50	9
	fracture ouverte avec enfoncement		
+07505	dure-mère intacte	402,45	9
+07506	avec déchirure de la dure-mère.	503,55	9
+07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.).	609,10	14

		R = 1	R = 2
	maxillaire inférieur		
+02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	67,10	
+02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	208,95	3
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
+02520	unilatérale	520,35	5
+02521	bilatérale	701,55	7
+02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	179,40	4
+02523	ménissectomie	245,80	3
+02524	ablation de l'apophyse coronoïde	83,75	2
	maxillaire supérieur		
+02502	fixation inter-maxillaire	157,70	3
+02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	300,20	4
+02515	réduction ouverte	179,40	6
+02516	fracture 1/3 moyen de la face	585,15	9
+02518	disjonction cranio-faciale	652,60	11
	nez		
+02527	réduction	96,60	3
	os malaire		
+02507	réduction fermée	70,75	4
	réduction ouverte		
+02513	simple	152,30	4
+02514	avec ostéosynthèse	326,30	4
+02522	par voie sinusale	244,70	4
<i>Incision et drainage</i>			
+02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	539,65	3
+09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face	263,20	3
<i>Luxation</i>			
	temporo-mandibulaire		
+02525	réduction fermée	71,15	3
+02526	réduction ouverte	168,70	3
<i>Ostéotomie</i>			
+02017	maxillaire inférieur unilatéral	593,55	7
	maxillaire supérieur unilatéral		
+02018	sans greffe osseuse	508,60	9
+02019	avec greffe osseuse	626,50	14
+02009	ostéotomie dento-alvéolaire	420,90	9
+02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en deux (2) ou plusieurs sections	626,50	9
+02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	562,35	9
+02088	avec apertognathie ou latérogathie	637,35	11
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
+02089	par voie intracrânienne	1 174,65	17
+02090	par voie extracrânienne	1 044,10	14

Reconstruction

+02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	380,70	11
+02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	379,65	11
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
+02443	voie intracrânienne	2 175,35	17
+02444	voie extracrânienne	1 631,50	17
+02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	456,80	9
	avancement total du maxillaire		
+02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 821,85	17
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement (ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
+02446	simple	1 190,75	14
+02447	en deux (2) segments	1 218,15	14
+02448	en trois (3) segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 558,85	17
+02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement.	637,95	11
+02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire.	464,05	5

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

+02169	approche abdominale :	155,55	
+02170	approche thoracique :	358,95	
+02171	approche thoraco-abdominale :	538,35	

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8 du préambule particulier de chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

	greffe seulement		
+02915	un (1) niveau	576,50	9
+02916	deux (2) niveaux	576,50	9
+02917	trois (3) niveaux ou plus	691,75	11
	greffe avec instrumentation		
+02182	un (1) niveau	807,05	11
+02183	deux (2) niveaux	807,05	11
+02184	trois (3) niveaux ou plus	921,25	14

		R = 1	R = 2
+02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	287,15	5
+02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale).	108,75	3
Biopsie			
+02119	corps vertébral	277,35	5
+02109	d'un élément postérieur	143,60	3
Décompression			
Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie			
+02755	lombaire	706,25	14
+02758	dorsale ou cervicale	747,25	14
+02763	avec greffe, supplément	299,10	
+02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	418,70	
+02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	478,55	
NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par un autre médecin, celui-ci doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe »			
avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)			
+02837	un niveau, supplément	538,35	
+02838	deux niveaux ou plus, supplément	598,25	
NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.			
Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant			
NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.			
voie postérieure			
sans greffe			
cervicale ou dorsale			
+02210	un (1) niveau	592,75	11
+02217	deux (2) niveaux ou plus	734,15	11

		R = 1	R = 2
+02216	lombaire		
	un (1) niveau	627,85	6
+	chaque niveau supplémentaire	97,20	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
+02910	un (1) ou plusieurs niveaux	800,50	11
	lombaire		
+02922	un (1) niveau	691,75	11
+02924	deux (2) niveaux ou plus	807,05	11
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
+02923	un (1) ou plusieurs niveaux	956,30	14
	lombaire		
+02022	un (1) niveau	807,05	11
+02024	deux (2) niveaux ou plus	921,25	14
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
+02173	un (1) niveau	753,00	11
+02196	deux (2) niveaux ou plus	747,25	11
	avec greffe et instrumentation		
+02140	un (1) ou plusieurs niveaux	777,65	14
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
+02087	un (1) niveau	474,25	11
+02111	deux (2) niveaux ou plus	540,55	11
	avec greffe		
+02117	un (1) niveau	691,75	11
+02124	deux (2) niveaux ou plus	807,05	11
	avec greffe et instrumentation		
+02128	un (1) niveau	807,05	11
+02136	deux (2) niveaux ou plus	921,25	11
	avec remplacement par prothèse		
+02942	un (1) niveau	870,15	11
+02947	deux (2) niveaux ou plus	1 087,60	14
<i>Excision</i>			
+02123	apophyse épineuse	143,60	4
+02272	apophyse transverse	503,55	7
+02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	807,05	11
+02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 096,35	17
+02221	greffe et instrumentation, supplément	418,70	

		R = 1	R = 2
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
+02142	un niveau, supplément	538,35	
+02143	deux niveaux ou plus, supplément	598,25	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
+02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	396,90	5
	Fracture - colonne		
	NOTES : 1) S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; (MOD 057)		
	2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), la deuxième chirurgie est payable à 90 %; (MOD 150)		
	3) Si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD 058) et l'autre temps à un tiers du tarif. (MOD 059)		
+09569	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	312,00	4
	réduction ouverte		
+09570	approche postérieure	503,55	17
+09571	approche postérieure avec greffe osseuse	691,75	17
+09572	approche postérieure avec instrumentation	807,05	17
+09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe.	921,25	17
+09574	approche antérieure	474,25	17
+09575	approche antérieure avec greffe osseuse	691,75	17
+09576	approche antérieure avec instrumentation	730,90	17
+09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe.	921,25	17
+02226	vissage de l'odontoïde	1 006,10	17
+02582	fracture sacrum réduction ouverte	317,80	3
+02214	coccyx excision.	155,45	3
	Incision et drainage		
+02044	séquestrectomie et drainage par voie antérieure.	691,75	9
+02045	par voie postérieure.	461,65	5
+02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	576,50	11

Ostéotomie

	de la colonne		
+02025	un (1) niveau	979,60	11
+	chaque niveau supplémentaire (*)	155,40	
+	maximum	1 290,40	
	avec greffe		
+02003	un (1) niveau, supplément	288,20	
+02004	deux (2) niveaux, supplément	288,20	
+02005	trois (3) niveaux ou plus, supplément	345,90	
	avec greffe et instrumentation		
+02133	un (1) niveau, supplément	403,55	
+02134	deux (2) niveaux, supplément	403,55	
+02135	trois (3) niveaux ou plus, supplément (*)	462,25	

Ponction (aspiration, injection)

+02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	304,55	4
+02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	312,00	4

Scoliose

	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
+02450	premier niveau	574,30	11
+	niveau supplémentaire (*)	107,65	
+	maximum	681,95	
+02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 398,70	17
+02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément (*)	358,95	
	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
+02458	thoracique ou abdominale	576,50	14
+02459	thoraco-abdominale	719,75	17
+02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	143,60	
	avec instrumentation		
+02461	thoracique ou abdominale	1 151,80	14
+02462	thoraco-abdominale	1 296,50	17
+02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	138,50	

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITES.

		R = 1	R = 2
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
+02228	premier niveau	445,95	11
+02229	par niveau relâché et greffé, supplément (*)	59,80	
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
+02283	temps antérieur	1 006,10	17
+02284	temps postérieur	791,85	17
+02293	temps combinés	1 174,65	17
+02340	avec instrumentation et greffe, supplément	418,70	
+02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	494,40	7
+02399	relâchement musculotendineux de la concavité.	317,80	5
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
+02362	un niveau	574,30	5
+	niveau supplémentaire (*).	145,80	
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
+02369	thoracoplastie.	431,80	5
+02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéломéningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	1 006,10	17
	tractions pour scoliose		
+02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	143,60	
+02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	288,20	6
+09555	exérèse de l'appareillage	119,65	3
+02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis.	149,35	

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITES.

THORAX*Biopsie*

+02066	costale ouverte	229,90	4
--------	---------------------------	--------	---

Excision

+02114	de première côte	399,70	5
+02116	de côte cervicale	348,00	5
+02167	de côte avec drainage exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	359,70	5
+02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	852,70	9

Fracture

02539	de côtes, avec complication	C.S.	7
-------	---------------------------------------	------	---

AVIS : Voir la règle 1.1.2, préambule général.

	du sternum		
+02533	réduction fermée	67,50	3
+02535	réduction ouverte	197,95	5
+02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	395,30	5

Reconstruction - Réparation

+02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondro plastie)	835,35	14
+02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	175,35	4

BASSIN*Amputation*

+02215	hémipelvectomie	1 044,10	14
+09560	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 235,10	17

Arthrodèse

+02935	sacro-iliaque	503,55	7
--------	-------------------------	--------	---

Biopsie osseuse

+02062	ouverte	248,55	3
--------	-------------------	--------	---

Désinsertion

+02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	360,00	3
--------	--	--------	---

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+02130	tumeur bénigne sans greffe	389,70	4
+02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	503,55	9
+02132	tumeur maligne sans greffe	431,80	7
+02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	625,40	9
<i>Exérèse</i>			
+02519	de plaque et vis	271,00	7
+02528	de matériel symphyse pubienne	143,60	3
<i>Fractures</i>			
+02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	238,60	4
+02584	acétabulum, réduction ouverte	635,60	7
+02580	acétabulum, avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 370,45	17
	bassin		
+02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	117,50	
+02583	réduction ouverte : pubis	503,55	6
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes		
+02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crutale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 151,80	14
+02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	1 142,80	14
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
+02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	997,15	14
+02707	fracture de malgaigne instable avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 566,20	17
<i>Greffe osseuse</i>			
+02774	greffe osseuse au bassin	355,65	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Incision et drainage</i>			
+02775	abcès d'ostéomyélite	288,20	3
+02776	fenestration ou forage	216,45	4
+02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	222,95	3
<i>Luxation sacro-iliaque</i>			
+02676	réduction fermée seule	60,65	3
+02567	réduction fermée, traction, spica, etc	136,60	4
+02572	réduction ouverte	691,75	7

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie		
+02000	type Salter	691,75	5
+02001	type Chiari ou « shelf »	807,05	7
+02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 096,35	17
	EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS		
	ÉPAULE		
	<i>Amputation</i>		
+02281	désarticulation gléno-humérale	599,70	5
+02282	désarticulation interscapulo-thoracique	835,35	9
	<i>Arthrodèse</i>		
+02925	gléno-humérale	691,75	7
+02965	scapulo-thoracique	593,85	9
	<i>Arthrolyse</i>		
+02973	gléno-humérale	624,00	7
	<i>Arthroplastie</i>		
+02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	624,00	4
+02407	prothèse totale gléno-humérale	963,05	7
	<i>Arthroscopie</i>		
+02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biop- sie synoviale et le lavage	204,45	4
+02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thé- rapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	270,40	4
	<i>Arthrotomie</i>		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02037	gléno-humérale	312,00	4
	<i>Biopsie</i>		
	clavicule ou omoplate		
+02084	à l'aiguille	21,20	3
+02085	ouverte	216,45	4
	<i>Examen et manipulation</i>		
+02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale.	129,45	3

Excision

+02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	331,00	4
+02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	251,85	3
+02220	tête humérale	324,60	4
+02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omovertébral	300,20	4
+02779	tumeur bénigne clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	431,80	5
+02780	tumeur maligne de la clavicule sans greffe	449,25	5
+02781	tumeur maligne de la clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	435,05	7

Exérèse

+02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate	129,45	3
--------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

+02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	201,20	4
+02976	de prothèse simple	288,20	4
+02977	de prothèse totale	360,00	5

Fracture

	clavicule		
+02559	immobilisation simple	42,00	2
+02537	réduction ouverte (*)	339,30	4
	omoplate		
+02534	réduction fermée (*)	73,05	4
+02536	réduction ouverte, col et/ou glène (*)	456,80	6

Greffe

+02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate	312,00	4
--------	---	--------	---

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Luxation

	acromio-claviculaire		
+02545	réduction fermée (*)	45,50	3
+02548	réduction ouverte (*)	343,95	5

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	gléno-humérale		
+02546	réduction fermée (*)	73,05	3
+02549	réduction ouverte (*)	515,35	4
+02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	408,90	5
+02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	585,45	5
+02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	687,90	5
	sterno-claviculaire		
+02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement (*)	45,50	3
+02547	réduction ouverte (*)	343,95	5
Ostéotomie			
+02095	clavicule	288,20	4
+02094	omoplate	360,00	5
Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant			
+02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	245,30	4
+02145	pour rupture du tendon du biceps distal	408,90	5
	coiffe des rotateurs		
+02156	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	515,35	4
+02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	594,10	5
+02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	476,05	4
Scapulopexie			
+02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	691,75	7
Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)			
+02231	gléno-humérale	431,80	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
Transposition			
+02857	un tendon	397,30	3
+02858	deux tendons ou plus	490,55	4
+02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps	125,60	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

BRAS (HUMÉRUS)*Allongement ou correction incluant l'ostéotomie*

+02892	Allongement avec ou sans greffe	1 036,55	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02839	un (1) niveau	720,05	11
+02840	deux (2) niveaux	1 130,20	14
+02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie.	888,65	11

Amputation

+02280	au bras	419,45	4
--------	-------------------	--------	---

Biopsie osseuse

+02174	à l'aiguille	23,40	3
+02175	ouverte	216,45	3

Excision

	tumeur bénigne		
+02176	sans greffe	216,45	4
+02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	503,55	5
+02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	791,85	14
	tumeur maligne		
+02178	sans greffe	576,50	6
+02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	691,75	7
+02181	extensive avec reconstruction.	1 015,65	14
+02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	1 296,50	17
+02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	222,95	5
----	excision de la tête humérale		(Voir épaule)

Exérèse

+02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus	142,80	4
--------	---	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

+02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal . .	185,40	4
+02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	300,20	4

Fasciotomie

+02011	au bras	238,60	4
--------	-------------------	--------	---

Fractures

	col chirurgical sans luxation de la tête		
+02605	réduction fermée (*)	92,45	4
+02568	réduction fermée et fixation percutanée (*)	305,10	5
+02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant (*)	597,25	5
	col chirurgical avec luxation de la tête		
+02606	réduction fermée (*)	145,40	4
+02598	réduction fermée et fixation percutanée (*)	370,90	5
+02631	réduction ouverte (*)	624,00	5
+02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)	748,80	7
	trochin-trochiter		
+02632	réduction ouverte (*)	360,00	5
	diaphyse		
+02608	réduction fermée (*)	146,05	4
+02633	réduction ouverte (*)	682,50	5
+02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément sus ou transcondylienne	92,15	
+02609	réduction fermée (*)	168,15	4
+02640	réduction fermée et fixation percutanée (*)	312,00	4
+02634	réduction ouverte (*)	687,90	5
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
+02610	réduction fermée (*)	71,90	4
+02912	réduction fermée et fixation percutanée (*)	245,30	5
+02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée (*)	343,95	5
+02921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée (*)	370,90	5

Grefe osseuse

+02363	humérus	247,25	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		

Incision et drainage

+02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	287,15	4
--------	--	--------	---

Ostéotomie

+02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant	391,55	5
--------	---	--------	---

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
COUDE			
<i>Amputation</i>			
+02279	désarticulation au coude	180,55	3
<i>Arthrodèse</i>			
+02927	du coude	503,55	5
<i>Arthrolyse</i>			
+02983	radio-humérale	312,00	4
+02984	huméro-cubitale et radio-humérale	431,80	7
+02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	960,40	11
<i>Arthroplastie</i>			
+02371	simple	503,55	5
+02404	par prothèse totale	807,05	7
<i>Arthroscopie</i>			
+02985	du coude	143,60	4
+02986	du coude avec biopsie	130,55	4
+02987	du coude avec exérèse de corps étranger	216,45	4
<i>Arthrotomie</i>			
Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :			
+02039	du coude	158,35	3
+02510	du coude pour arthrite septique	288,20	4
<i>Désinsertion</i>			
+02042	épicondyliens ou épitrochléens	155,45	3
<i>Examen et manipulation</i>			
+02834	Examen et manipulation, sous anesthésie générale	119,65	3
<i>Excision</i>			
+02222	tête radiale	312,00	4
+02230	tête radiale avec remplacement	360,00	3
<i>Exérèse</i>			
+02988	de prothèse simple	143,60	4
+02989	de prothèse totale	311,90	5

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
+02662	réduction fermée (*)	95,40	3
+02668	réduction ouverte (*)	389,70	4
+02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow)	49,85	3
<i>Neurectomie</i>			
+02129	neurectomie	312,00	5
<i>Réparation</i>			
+02197	de rupture ligamentaire	288,20	4
<i>Reconstruction</i>			
+02159	ligamentaire du coude	476,05	5
<i>Synovectomie</i>			
+02232	du coude	312,00	5
AVANT-BRAS			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
+02538	Allongement cubitus ou radius, ou les deux avec ou sans greffe	360,00	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02541	un (1) niveau	1 036,55	11
+02542	deux (2) niveaux	1 151,80	14
+02543	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 036,55	11
<i>Amputation</i>			
+02278	amputation	305,65	3
<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>			
+02991	à l'aiguille	42,45	3
+02992	ouverte	238,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+09548	olécrâne avec ou sans fascia plastie	238,60	4
	tumeur - radius ou cubitus		
+02993	tumeur bénigne	158,35	4
+02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	576,50	7
+02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe	807,05	11
+02995	tumeur maligne	522,05	7
+02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	691,75	7
+02997	résection extensive et reconstruction	807,05	14
+02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéo- synthèse et l'autogreffe	921,25	14
+02723	avec prothèse, supplément	179,40	2
<i>Exérèse</i>			
+02315	plaque et vis - radius	158,35	4
+02314	plaque et vis - cubitus	158,35	4
+02316	plaque et vis - radius et cubitus	288,20	4
+02317	clou ou broche - radius ou cubitus	142,80	3
+02998	clou ou broche - radius et cubitus	125,60	3
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'arti- cle 2.12 du Préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.</i>			
<i>Fasciotomie</i>			
+02020	un compartiment	396,90	4
+02021	deux ou plusieurs compartiments	555,20	5
<i>Fractures</i>			
+02612	olécrâne - réduction fermée (*)	72,20	3
+02636	olécrâne - réduction ouverte (*)	317,80	4
	fracture de Monteggia		
+02624	réduction fermée (*)	92,45	4
+02649	réduction ouverte (*)	396,90	5
	diaphyse, apophyse coronoïde		
+02570	réduction fermée (*)	53,55	3
+02571	réduction ouverte (*)	396,90	5
	fracture - cubitus seul		
+02586	réduction fermée (*)	95,40	4
+02587	réduction ouverte (*)	343,95	4
	fracture - radius seul		
+02589	réduction fermée (*)	87,65	3
+02599	réduction ouverte (*)	389,70	5
	fracture - radius et cubitus		
+02651	réduction fermée (*)	116,80	3
+02652	réduction ouverte (*)	595,00	7

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02654	fracture épiphyse distale - radius et cubitus réduction fermée intra ou extra-articulaire (*)	102,25	3
+02735	réduction fermée et fixation par broches (*)	201,20	4
+02736	réduction ouverte (*) tête ou col du radius	429,70	5
+02769	réduction fermée (*)	91,50	3
+02361	réduction fermée et embrochage percutané (*)	204,45	4
+02770	réduction ouverte (*)	313,80	5
Grefe			
+02359	cubitus. NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	288,20	3
+02358	radius. NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	288,20	5
+02360	radius et cubitus . NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	371,95	7
Incision et drainage			
+02900	radius.	317,80	4
+02901	cubitus.	317,80	4
+02902	radius et cubitus	545,10	5
Séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation			
+02903	radius.	360,00	3
+02904	cubitus.	360,00	4
+02905	radius et cubitus	491,60	7
Ostéotomie			
+02906	radius ou cubitus.	396,90	3
+02907	radius et cubitus	555,20	7
Reconstruction			
+02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras).	691,75	7

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Raccourcissement incluant ostéotomie

+02908	cubitus ou radius avec ou sans greffe	429,70	4
+02909	cubitus et radius avec ou sans greffe	456,80	7
+09579	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	205,10	4
+09580	Transfert tendineux à l'avant-bras	360,00	5
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale		
+02389	Transposition et réinsertion d'un muscle à l'avant-bras . .	395,80	4
+	maximum	791,60	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

MAIN ET POIGNET*Amputation*

+02271	amputation d'une (1) ou plusieurs phalanges d'un doigt	136,30	4
+02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne	136,30	4
+09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les pha- langes	222,95	3
+02275	amputation de la main transmétacarpienne	217,55	3
+02276	désarticulation du poignet	360,00	3

Allongement

+02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 587,70 \$)	195,90	4
--------	--	--------	---

Arthrodèse

+02928	pouce	374,45	4
+02929	doigt	251,05	4
+02926	poignet	503,55	4

Arthrolyse

+02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	720,05	11
--------	---	--------	----

Arthroplastie

+02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques	241,35	4
+02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentai- res, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	431,70	5
+02372	poignet	288,20	6
+02409	prothèse totale du poignet	576,50	7
+02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exé- rèse et remplacement par prothèse	545,10	5

Arthroscopie

+02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale	168,60	4
+02958	avec débridement, supplément	115,40	
+02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	168,60	

NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.

NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par jour.

Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation

NOTE : Les actes 02040, 02932, 02038 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

+02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	95,85	3
+02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique	215,80	4
+02038	poignet	130,55	3
+02933	poignet avec arthrite septique	288,20	4

Biopsie

+02934	à l'aiguille, main et poignet	44,10	3
+02939	ouverte, main et poignet	125,90	4

Décompression

+02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transversé du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique	168,70	3
--------	---	--------	---

NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de dix (10) cm intéressant au moins deux (2) tendons fléchisseurs (C.S.)

AVIS : Voir règle 1.1.2, du préambule général.

+02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien	209,85	3
--------	--	--------	---

Excision

+02219	carpe, un (1) os ou plusieurs	222,95	4
+02895	ménisectomie radio-cubitale	261,05	3
+02139	extrémité inférieure (styloïde radiale) ou exostose du radius avec ou sans remplacement de l'extrémité distale du radius	216,45	4
+02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale) ou exostose du cubitus avec ou sans remplacement de la tête cubitale	143,60	4

		R = 1	R = 2
+02783	tumeur bénigne phalange, métacarpien (P.G. 2.4.7.7.A)	125,90	4
<u>AVIS :</u> <i>Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).</i>			
+02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	201,30	3
+02785	carpe	143,60	4
+02786	carpe avec greffe	337,20	7
	tumeur maligne		
+02787	phalange, métacarpien	216,45	3
+02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant .	245,80	4
+02789	carpe	339,50	6
+02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse. . . .	456,80	7
+02791	réséction extensive et reconstruction	609,10	14

Exérèse

	prothèse		
+02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	139,10	3
+02650	carpe	216,45	4
+02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges, métacarpiens et carpe	149,90	4

Fractures

	carpe (un (1) ou plusieurs os, scaphoïde et semi-lunaire exceptés)		
+02618	réduction fermée (*)	95,40	4
+02642	réduction ouverte (*)	234,25	5
	scaphoïde, semi-lunaire		
+02620	réduction fermée (*)	95,40	3
+02643	réduction ouverte (*)	312,00	5
	métacarpien		
+02621	réduction fermée, un (1) ou plusieurs (*)	50,60	3
+02616	réduction ouverte, ou réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	233,65	4
	fracture de Bennett		
+02622	réduction fermée (*)	50,60	3
+02627	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	185,95	4
+02646	réduction ouverte (*)	266,10	4
	phalange proximale et/ou moyenne (P1-P2)		
+02623	réduction fermée (*)	45,50	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	12,65	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02225	réduction fermée et embrochage percutané (*)	138,50	4
+02647	réduction ouverte (*)	201,20	4
	phalange distale (P3)		
+02626	réduction fermée (*)	30,75	3
+02628	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	123,45	3
+02648	réduction ouverte (*)	150,50	4
+02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée	155,75	4
<i>Fascia</i>			
+02554	fasciotomie compartiment interosseux, un.	136,30	4
+	(maximum)	272,60	
	pour maladie de Dupuytren		
+02125	fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z	201,20	4
+02126	fasciectomy digitale incluant la plastie en Z	272,55	6
<i>Grefe osseuse ou cartilagineuse ou les deux</i>			
+02658	métacarpe, phalange	222,95	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés)	186,05	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse)	424,10	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Incision et drainage</i>			
+02682	phalange, métacarpien	171,35	4
+02697	carpe	126,15	3
	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
+02698	phalange, métacarpien	114,20	4
+02699	carpe	186,05	5
+02704	abcès palmaire et gaine tendineuse	143,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Luxation

+02666	interphalangienne		
+	réduction fermée, une (1) (*)	32,40	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,15	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02671	réduction ouverte (*)	154,40	4
	métacarpo-phalangienne		
+02664	réduction fermée, une (1) (*)	45,50	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,10	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02670	réduction ouverte (*)	148,45	4
	poignet		
+02663	réduction fermée (*)	92,45	3
+02669	réduction ouverte (*)	389,70	5
	carpo-métacarpienne		
+02677	réduction fermée (*)	45,50	+
+02678	réduction ouverte (*)	216,45	4
+02679	réduction fermée avec broche percutanée (*)	146,70	4

Manipulation d'articulation sous anesthésie générale

+02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	27,30	3
+02835	poignet	129,45	3

Ostéotomie

+02706	phalange proximale	215,80	3
+02713	phalange moyenne	130,55	4
+02717	phalange distale	155,75	4
+02718	métacarpe	130,55	3

Réparation

+02898	ligaments métacarpo-phalangiens	201,20	4
+02198	ligaments du poignet	271,45	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
+02726	métacarpo-phalangienne	238,80	4
+02160	poignet avec greffe de tissus	212,10	5
<i>Synovectomie</i>			
+02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	136,30	4
+02741	poignet	245,80	5
<i>Syndactylie</i>			
+02377	avec greffe de commissure	391,55	4
<i>Ténotomie corrective</i>			
+02050	un (1) doigt	121,00	4
+02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet	128,45	3
<i>Tendon</i>			
+02368	transplantation d'un (1) doigt sur un (1) doigt adjacent sauf pollicisation	299,85	5
+09582	pollicisation ou transfert d'un (1) doigt à un (1) doigt non adjacent.	522,05	7
+09583	Transfert tendineux, poignet ou main	430,70	5
+	maximum.	861,40	
NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.			
+09585	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	364,75	4
Reconstruction d'un tendon (greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies			
+09586	en un (1) temps	391,55	7
	en deux (2) temps		
+09587	premier temps	391,55	7
+09588	deuxième temps	353,20	5

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS**HANCHE***Amputation*

+02296	désarticulation de la hanche	807,05	11
--------	--	--------	----

Arthrodèse

+02936	primaire	807,05	11
+02930	post résection de tête fémorale	804,85	14

Arthroscopie

+02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire	370,90	3
--------	--	--------	---

Arthroplastie

Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)

+02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire).	680,85	7
+02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	736,70	9
+02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire).	947,65	11
+02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale.	1 084,25	11
remplacement de prothèse totale après infection :			
+02249	en un (1) seul temps (incluant exérèse de prothèse).	1 246,75	14
en deux (2) temps :			
+02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire).	540,80	9
+02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	777,00	11
+02614	prothèse totale après arthrodèse.	1 269,90	17
+02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale.	1 320,65	17

NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un autre médecin

+02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant).	674,40	9
+02260	remplacement de composante fémorale complète seulement.	790,00	11
+02342	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire.	1 206,15	14
+02261	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément.	274,80	3
+02262	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	276,50	3
+02263	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	480,90	3

		R = 1	R = 2
+02266	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément. . . .	480,90	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02261, 02262, 02263 et 02266 ne peuvent être facturés avec les codes d'actes 02747, 02748, 02702, 02700, 02500 et 02501.		
Arthrotomie			
+02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	504,05	4
Excision			
	Voir tumeur ou site anatomique		
Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)			
+02320	prothèse simple.	515,35	4
+02321	prothèse totale	624,00	7
+02794	clous ou vis	199,40	4
+02795	clou-plaque, plaque et vis	396,90	5
Luxation			
	traumatique		
+02619	réduction fermée sans anesthésie (*)	88,15	
+02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (*)	204,45	4
+02757	réduction ouverte (*)	687,90	7
	congénitale (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
+02747	unilatérale	363,40	4
+02748	bilatérale	371,95	4
+02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	807,05	7
+02700	réduction ouverte (incluant spica)	691,75	7
+02500	avec ostéotomie du bassin	889,75	9
+02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	981,05	14
Examen et manipulation			
+02849	sous anesthésie régionale ou générale	72,65	3
+02483	pour nécrose avasculaire incluant spica et, le cas échéant, les ténotomies	185,40	14
Synovectomie			
+02252	complète	624,00	7
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Ténotomie

	adducteurs		
+02074	fermée	119,65	3
+02079	ouverte	143,60	3
+02081	psoas	216,45	3
+02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	503,55	5

Transposition et réinsertion tendineuse

+02432	abdominale	271,95	4
+02433	psoas iliaque	730,90	7

CUISSE

+02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat	158,35	4
+02295	amputation de la cuisse	533,10	6
+02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	691,75	7
+02041	fasciotomie fémorale	288,20	4

FÉMUR**Allongement ou correction incluant ostéotomie**

	Allongement		
+02349	avec ou sans greffe	921,25	14
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02376	un (1) niveau	1 036,55	14
+02378	deux (2) niveaux	1 200,80	17
+02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	939,70	11
+02484	fasciectomie préalable à l'allongement	288,20	4

Biopsie

+02796	à l'aiguille	44,10	3
+02797	ouverte	216,45	4
+02719	forage et décompression de la tête fémorale	245,30	5
+02720	avec greffe osseuse, supplément	124,45	

NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.

Épiphysiodèse

+02950	fémur par greffe	503,55	4
+02952	fémur et tibia par greffe	576,50	5
+02953	fémur par crampons (agrafe)	431,80	4
+02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	503,55	4
+02798	grand trochanter	252,35	4

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+02240	tête et col	503,55	4
	tumeur bénigne col et/ou tête		
+02799	sans greffe	624,00	5
+02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	825,50	7
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+02802	sans greffe	347,00	4
+02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	635,60	7
+02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamen- taire	1 151,80	14
	tumeur maligne		
+02808	sans greffe	635,60	7
+02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	762,65	7
+02812	résection extensive et reconstruction	1 403,35	14
+02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 296,50	17
+02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipo- laire, supplément	265,50	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
+02307	bande métallique (une ou plusieurs)	158,35	4
+02310	incluant le verrouillage proximal	308,50	4
+02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	340,05	4
+02899	plaque et vis	343,95	4
+02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, sup- plément	65,95	3
<i>Fracture</i>			
	col ou intertrochantérienne		
+02637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (*) .	138,50	4
+02638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (*) . .	158,35	4
	réduction ouverte		
+02687	vis percutanée (*)	476,05	7
+02716	clou et plaque (*)	597,20	9
+02714	greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)	690,65	9
	col ou pertrochantérienne		
+02739	réduction ouverte et ostéotomie (*)	624,00	9
+02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée . .	593,30	7
+02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	82,45	
	sous trochantérienne		
+02742	réduction ouverte (*)	811,70	9

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02690	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne réduction fermée avec ou sans anesthésie (*)	342,70	4
+02673	réduction ouverte fixation interne ou externe (*)	809,00	9
+09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	889,75	9
+09590	verrouillage distal, supplément	148,95	2
Grefe			
+02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.	624,00	7
Incision			
+02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistu- lectomie cutanée ou osseuse	431,80	4
+02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aiguë	431,80	4
+02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	469,10	4
Ostéotomie			
+02091	col fémoral	807,05	9
+02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	762,65	7
Raccourcissement de l'os			
+02405	avec ou sans greffe	807,05	9
Transfert ou transposition			
+02625	grand trochanter seul	555,20	4
Plastie			
+02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 789,20	17

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

GENOU*Amputation*

+02294	désarticulation du genou	449,10	4
--------	------------------------------------	--------	---

Arthrodèse

+02937	simple	691,75	7
+02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, dans un même temps, le cas échéant	762,65	11

Arthrolyse

+02016	directe, toute voie d'approche	442,60	4
+02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe.	1 036,55	11

Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)

+02492	prothèse totale unicompartimentale	681,60	7
+02403	prothèse totale bicompartmentale	889,75	11
+02497	prothèse totale et exérèse de prothèse	1 079,90	11
+02487	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément	281,20	3
+02391	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément.	277,60	3
+02392	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément.	480,90	3
+02393	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément.	480,90	3
NOTE : Les 4 suppléments codés 02487, 02391, 02392 et 02393 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.			

+02498	prothèse rotule seulement	508,05	5
+02499	par allogreffe au fémur distal	835,35	9
+02442	par allogreffe au tibia proximal	921,25	9
+02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 076,80	14
+02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale.	129,45	3

Arthroscopie

+02577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage	200,70	3
+02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : ménissectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	292,70	3
NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.			

Arthrotomie ou capsulotomie

+02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	343,95	4
--------	---	--------	---

Exérèse de prothèse

+02305	matériel d'ostéosynthèse rotule	155,45	4
--------	---	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

+09539	prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire	600,90	4
+09540	prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire.	288,20	3

Excision

+02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite . .	245,80	4
+02164	kyste de Baker	312,00	4

Fracture rotule

+09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous (*)	467,40	3
+02680	fixation de fragment ostéocondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	398,45	4

Grefe ostéocondrale

+02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéocondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche. NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.	380,70	4
--------	---	--------	---

Luxation

+02737	genou réduction fermée incluant la surveillance (*)	146,05	4
+02749	rotule réduction fermée (*)	95,40	4
+02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	396,90	4
+02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant.	514,05	6

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)

+02107	ligament interne ou externe ou les deux	431,80	5
+02102	croisé antérieur (technique intra-articulaire).	596,60	7
+02110	avec tendon rotulien, supplément	141,40	2
+02476	croisé antérieur (technique extra-articulaire)	503,55	7
+02103	croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires)	624,00	7
+02121	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	129,45	
+02105	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	592,25	9
+02104	croisé postérieur	691,75	9
+02172	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	735,30	11
+02106	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	729,85	11
+02108	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux.	789,60	14

Réparation (toute voie d'approche)

+02477	ligament interne ou externe ou les deux	476,05	5
+02418	croisé antérieur seul	431,80	4
+02847	croisé antérieur avec augmentation	503,55	7
+02425	croisé postérieur seul	503,55	7
+02855	croisé postérieur avec augmentation	691,75	9
+02421	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	490,55	9
+02437	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	592,25	9
+02438	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux.	687,90	11
+02439	chaque ménissectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	65,95	
+02475	chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	204,45	

Suture

+02822	un ménisque, toute voie d'approche	410,10	5
+02059	tendon du quadriceps	515,35	4
+02061	tendon rotuléen	508,55	5

Synovectomie

+02253	complète du genou, toute voie d'approche	476,05	5
--------	--	--------	---

TIBIA ET PÉRONÉ*Allongement ou correction incluant ostéotomie*

+02386	Allongement avec ou sans greffe	718,30	11
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02387	un (1) niveau	1 036,55	11
+02388	deux (2) niveaux	1 151,80	14
+02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 036,55	11
	fasciectomy préalable à allongement		
+02485	1 compartiment	288,20	4
+02486	2 compartiments ou plus	326,30	5

Amputation

+02292	amputation à la jambe (B.K.)	505,35	4
--------	--	--------	---

Biopsie

+02864	à l'aiguille	49,50	3
+02865	ouverte	238,60	4

Décompression - dénévation

	fasciotomie tibiale		
+02046	un (1) compartiment	216,45	4
+02047	deux (2) compartiments ou plus	343,95	4

Épiphysiodèse du tibia

+02951	par greffe (Phemister)	431,80	3
+02954	par crampon	360,00	3

Excision

+02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	687,90	6
+02867	résection extensive et reconstruction	1 271,50	11
+02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	258,30	4
+02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	600,90	5
+02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmen- taire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	888,65	14
+02870	tumeur maligne	599,70	5
+02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	691,75	9
+02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allo- greffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 429,40	17
+02597	avec prothèse totale, supplément	245,30	4

Exérèse

+02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (**)	142,80	4
+02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné (**)	143,60	4
+02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	171,35	4
+02873	plaque plus vis - tibia et péroné	343,95	4

Fractures

	péroné seul		
+02705	réduction fermée (*)	50,60	4
+02725	réduction ouverte (*)	234,25	3
	tibia (avec ou sans péroné)		
+02694	réduction fermée (*)	146,05	4
	réduction ouverte		
+02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe (*)	600,90	5
+09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	600,90	5
+09592	verrouillage distal, supplément	149,90	2
+02721	épiphyse proximale plateau (un (1) ou deux (2))	595,75	5
+02743	pilon tibial	687,90	5

Grefe osseuse

+02874	pour pseudarthrose congénitale	807,05	7
+02413	simple tibia et/ou péroné	467,40	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02414	par transposition du péroné	522,05	5

Incision et drainage

+02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	336,40	4
+02876	forage ou fenestration de la corticale	309,50	4
+02877	saucérisation (mise à plat)	288,20	4
+02878	séquestrectomie avec ou sans greffe	317,80	4

Ostéotomie

+02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	624,00	6
+02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	503,60	5
+02030	du péroné	158,35	4

Raccourcissement incluant ostéotomie

+02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	691,75	9
--------	---	--------	---

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

(**) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).

		R = 1	R = 2
CHEVILLE			
<i>Amputation</i>			
+02291	type Syme.	545,10	4
<i>Arthrodèse</i>			
+02944	pan-arthrodèse.	691,75	9
+02938	tibio-tarsienne.	681,85	5
<i>Arthrolyse</i>			
+02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	1 142,80	11
<i>Arthroplastie</i>			
+02420	simple de la cheville.	324,95	4
+02408	totale de la cheville (prothèse).	730,90	7
<i>Arthroscopie</i>			
+02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie	125,60	3
+02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants :		
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion	305,10	5
<i>Arthrotomie</i>			
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02880	avec ostéotomie malléolaire	389,70	6
+02057	simple de cheville	312,00	3
+02882	avec arthrite septique	360,00	4
<i>Décompression - dénervation</i>			
+02883	décompression - sinus du tarse	130,55	4
+02884	décompression - tunnel tarsien	143,60	4
+02885	neurectomie cheville	186,05	3

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
+09541	de prothèse totale de cheville	216,45	4
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
+02304	uni-malléolaire	142,80	4
+02306	bi ou tri-malléolaire	155,45	4
<i>Fracture</i>			
	uni, bi, tri-malléolaire		
+02708	réduction fermée (*)	95,40	4
	réduction ouverte		
+02727	uni-malléolaire (*)	343,95	4
+09542	bi-malléolaire (*)	515,35	5
+02886	tri-malléolaire (*)	600,90	5
+02887	malléolaire avec déchirure ligamentaire (*)	505,70	4
<i>Luxation</i>			
+02751	réduction fermée (*)	87,65	3
+02888	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire (*)	515,35	5
<i>Manipulation</i>			
+02851	cheville	142,80	3
<i>Reconstruction - réparation</i>			
+02161	reconstruction ligamentaire	360,00	4
+02199	réparation ligamentaire (immédiate)	288,20	4
	réparation tendon d'Achille		
+02441	immédiate	429,70	4
+02889	tardive	476,05	3
<i>Synovectomie</i>			
+09543	cheville	396,90	4
<i>Ténotomie (tendon d'Achille)</i>			
+02075	fermée	119,65	3
+02080	ouverte	143,60	3
<i>Transposition tendineuse</i>			
+09544	une	360,00	4
+09545	deux ou plusieurs	503,55	5

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

PIED*Allongement incluant l'ostéotomie*

+02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	807,05	6
--------	--	--------	---

Amputation

+02267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne	396,90	4
+02287	un métatarsien en rayon	136,30	4
+	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (**).	27,25	
+02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil	141,05	4
+	chaque orteil supplémentaire (*) (**).	33,35	

Arthrodèse

+02943	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	687,90	5
+02949	articulation de Lisfranc.	288,20	4
+02946	articulation métatarso-phalangienne	317,80	4
+02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil	142,80	3
+	chaque orteil supplémentaire (*)	38,95	

Arthrolyse

+02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	807,05	5
--------	---	--------	---

Arthroscopie

+09500	pied	123,55	4
--------	----------------	--------	---

Arthrotomie

Arthrotomie incluant, le cas échéant :
la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire

+02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite	119,65	4
+02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite	245,30	4
+09501	pour arthrite septique.	238,60	4

Biopsie

+09502	à l'aiguille ou au trocart	47,75	3
+02247	ouverte	168,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

(**) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

Excision

+02244	complète d'astragale ou de calcanéum.	337,20	7
+02241	barre tarsienne	360,00	4
+02234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant	258,30	4
+02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire	158,35	4
+02242	tête métatarsienne	135,95	4
+	chaque tête métatarsienne supplémentaire pour le même pied	27,10	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

+02245	os sésamoïde	143,60	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne calcaneum ou astragale		
+09505	sans greffe	258,30	4
+09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. os mineurs	396,90	5
+09507	sans greffe	155,45	4
+09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	311,90	4
	tumeur maligne calcaneum ou astragale		
+09509	sans greffe	303,50	6
+09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. os mineurs	435,05	7
+09511	sans greffe	195,80	4
+09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	261,05	3

Exérèse

+09513	prothèse	155,40	4
+09514	vis, broche, fils, clou, plaque	142,80	3

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

Grefe

+09515	calcaneum ou astragale	392,60	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+09516	os mineur	238,60	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Fracture

	calcaneum ou astragale		
+02710	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (*)	142,80	3
+02744	réduction fermée avec embrochage percutané (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	360,00	5
+02730	réduction ouverte (*)	545,10	4
+02734	arthrodèse primaire (*)	555,20	5
	tarse (astragale et calcaneum exceptés)		
	un ou plusieurs		
+02709	réduction fermée (*)	92,45	4
+02729	réduction ouverte (*)	389,55	5
	métatarsien		
+02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (*)	50,60	3
+02691	réduction fermée avec embrochage percutané (*)	131,90	3
+	chaque métatarsien supplémentaire	36,05	
	réduction ouverte		
+02731	un (1) (*)	158,35	4
+02732	plusieurs au même pied (*)	374,45	3
	phalange		
+02712	réduction fermée (*)	38,55	3
+	chaque supplémentaire pour le même pied	10,25	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02692	réduction fermée avec embrochage percutané (*)	129,40	3
+	chaque orteil supplémentaire pour le même pied	35,25	
+02733	réduction ouverte (*)	171,35	4

Incision - drainage

+09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse	138,80	4
+09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur	129,90	4
+09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcaneum ou d'astragale	216,45	4

Luxation

	tarse		
+02752	réduction fermée (*)	92,45	4
+02765	réduction fermée et fixation percutanée (*)	243,70	4
+02764	réduction ouverte (*)	305,80	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02754	métatarso-phalangienne		
	réduction fermée (*)	38,95	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied.	10,40	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02766	réduction ouverte (*)	155,45	4
	interphalangienne		
+02756	réduction fermée (*)	25,60	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied.	10,25	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02767	réduction ouverte (*)	133,00	4
	<i>Manipulation</i>		
+09532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	127,50	3
	<i>Ostéotomie</i>		
+02060	calcanéum, astragale ou tarse	317,80	5
+09524	métatarse	158,35	4
+09563	phalange	143,60	4
	<i>Reconstruction</i>		
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
+09528	un (1)	143,60	4
+09529	plusieurs	503,55	5
+02049	syndactylie pour orteil.	126,15	4
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
+09564	un (1)	125,60	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied.	25,00	
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
+09530	un (1)	396,90	4
+09531	plusieurs	503,55	5
+02436	ténodèse, pied	288,20	3
	Reconstruction de la 1 ^{re} articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
+09593	sans ostéotomie	234,25	4
+02069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne	292,70	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
+09595	hémi-arthroplastie	234,25	4
+09596	arthroplastie totale	343,95	4
+09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant . .	336,40	4
+02529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	143,60	4
+02550	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	138,50	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied	27,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.		
+02422	pour chevauchement du 5 ^e orteil, toute technique	143,60	4
	pied bot ou astragale vertical		
+02553	allongement ouvert du tendon d'Achille	125,60	4
+02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	370,90	5
+02556	relâchement antérieur	370,90	5
+02557	relâchement plantaire extensif	408,90	5
+02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	430,70	6
+02560	relâchement postéro-médian	687,90	11
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
+02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 081,55	14
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
	Synovectomie		
+02248	orteil	149,35	3
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	Ténotomie		
	fermée		
+02071	un (1) orteil	43,50	3
+02072	plusieurs orteils	119,65	3
+02073	fascia plantaire (Steindler)	119,65	3
	sous vision directe		
+02076	un (1) orteil	143,60	3
+02077	plusieurs orteils	185,95	3
+02078	fascia plantaire (Steindler)	143,60	3

BOURSE SÉREUSE*Drainage*

+02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	171,35	4
--------	---	--------	---

Excision

+02212	bourse calcanéenne (talon)	143,60	3
+02236	bourse olécrânienne	171,35	3
+02235	bourse huméro-radiale	130,55	3
+02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétiibiale	142,80	3
+02255	bourse péritrochantérienne	119,65	3
+02233	bourse sous-deltoïdienne	143,60	3
+09534	bourse ischiatique	195,80	3

Incision - exérèse

+02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	171,35	4
--------	---	--------	---

MUSCLES*Allongement*

+09535	allongement musculaire	317,80	3
--------	----------------------------------	--------	---

Exérèse

+02190	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale simple	142,80	4
+02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	287,80	4

Excision

+09536	raccourcissement musculaire	195,80	4
+02208	résection de muscle (myectomie) simple	238,60	4
+02209	résection de muscle (myectomie) extensive	360,00	5
+02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	261,05	5
+02023	section du sterno-cléido-mastoïdien (torticolis congénital)	282,60	4
+02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	216,45	3
+02152	excision tumeur bénigne	233,65	3
+02153	excision tumeur maligne	505,40	4
+02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	408,90	7

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Reconstruction - réparation

+02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	277,35	6
+02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire	201,20	4
+02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral.	538,35	9

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONEVROSES ET LIGAMENTS*Excision*

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
+02201	une (1)	171,35	4
+02202	plusieurs	241,35	4
+09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial	134,55	3

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

+02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	216,45	3
+02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.G. 2.4.7.7.A) (**).	136,30	3
+02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	311,60	4

Incision et exérèse

+02200	exploration, sans réparation, d'un tendon, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7.A) (**).	32,10	2
+02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger	113,90	3

NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.

+02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger	139,10	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

+09597	Tenolyse d'un doigt, une (1) ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance	363,40	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

+02327	Ténodèse articulaire à un doigt	163,15	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

AVIS :

(**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

Reconstruction - Réparation

+02326	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (P.G. 2.4.7.7.A) (**)	287,80	3
	suture		
	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
+02396	tendon extenseur (du même membre)	178,50	4
+	maximum	535,50	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
	tendon fléchisseur (du même membre)		
+02397	un (1) - réparation immédiate ou tardive.	272,60	4
+	maximum	817,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
+	un (1) tendon	257,00	4
+	maximum	1 028,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale).	277,35	6
+02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale).	369,80	7

DIVERS

+02863	Immobilisation temporaire de fracture avec ou sans réduction temporaire qui nécessite un transfert à un autre médecin	15,30	
	application de stimulateurs électriques		
+02488	externes	89,95	3
+02489	percutanés	110,85	3
+02490	internes	163,15	4
+02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	127,50	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin à la même séance.		

AVIS : (**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

		R = 1	R = 2
+02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	146,70	4
+02301	exérèse de clou ou broche pour traction	30,00	3
+02328	exérèse de prothèse ailleurs	155,45	4
+02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs	129,45	4
+02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	14,20	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
+09547	os majeur	107,45	4
+09546	os mineur	93,30	3
+02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique	143,60	4
+02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	143,60	4

Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »

(coût du matériel non inclus)

	extrémités		
+02820	doigt	26,50	2
+02823	main	26,95	2
+02848	pied	26,95	2
+02800	membre supérieur (bras, coude, avant-bras) ou inférieur (cuisse, genou, jambe)	35,05	2
+02807	« taping » du pied ou de la cheville	31,65	2
+02824	spica de l'épaule	66,20	2
+02809	minerve	65,50	2
+02810	corset plâtré	66,20	2
+02842	spica de la hanche (unilatéral ou bilatéral)	66,20	2

Appareillage fonctionnel

Application d'attelles correctrices sans fracture ni luxation (v.g. pour arthrite) incluant les attaches et l'imperméabilisation, mais n'incluant pas le coût du matériel.

+ Ces honoraires s'appliquent quand les attelles sont fabriquées au bureau du médecin. La prestation est réduite de 5,20 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 5,45 \$ au 1^{er} janvier 2012 quand l'attelle est fabriquée à l'hôpital. **(MOD 067)**

AVIS : *Inscrire dans la case MOD le modificateur 067 sur la même ligne que le code d'acte concerné et, dans la case HONORAIRES, le tarif de cet acte diminué de 5,45 \$.*

+02804	tibia	89,95	2
+02805	fémur	123,35	2
+02806	avant-bras	71,40	2
+02817	cou	20,65	
	membre supérieur		
+02829	épaule	24,25	
+02827	coude	18,70	
+02828	main et poignet	20,25	

		R = 1	R = 2
	membre inférieur		
+02852	toute la jambe (moitié de cuisse jusqu'aux orteils)	24,85	
+02853	genou	19,10	
+02854	sous-genou (incluant le pied)	19,10	
+02381	prise de greffon osseux par un médecin autre que le premier intervenant	158,35	
+02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une (1) ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral	238,60	5
+02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	135,95	3

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS : Les actes suivants de 02423, 02424, 02427 à 02431 et 02530 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur Québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE mais, remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et adresse (province et/ou pays de résidence) du donneur.

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

+02430	astragale	225,15	
+02423	bassin	431,80	
+02431	calcaneum	119,65	
+02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	360,00	
+02428	humérus	288,20	
+02530	peau	326,30	
+02429	radius ou cubitus	261,05	
+02427	tibia	288,20	

*Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs,
artères, veines, sous microscope)*

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie
ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

+02355	avant-bras	1 522,70	17
+02356	bras.	1 522,70	17
+02352	doigt (incluant au moins une articulation)	1 087,60	17
+02357	épaule.	1 957,75	17
+02354	poignet	1 522,70	17

Microanastomose (grossissement 5X et plus) :

+02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine	599,55	9
+02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	978,90	14
+02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	391,55	7

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le
même patient à la même séance.