

INDEX

Page

DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL	A-3
Règle 1 - Paiement	A-3
Règle 2 - Frais de pratique	A-3
Règle 3 - Enseignement clinique	A-3
Règle 4 - Tarification nouvelle	A-3
Règle 5 - Visites	A-4
Règle 6 - Malade dirigé	A-7
Règle 7 - Thérapie de communication	A-8
Règle 8 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	A-8
Règle 9 - Surveillance	A-8
Règle 10 - Soins simultanés	A-9
Règle 11 - Réanimation cardio-respiratoire	A-9
Règle 12 - Honoraire global	A-9
Règle 13 - Remboursement des frais de déplacement	A-9
Règle 14 - Soins d'urgence	A-10
Règle 15 - Tournée des malades le week-end	A-12
Règle 16 - Honoraire additionnel	A-13
Règle 17 - Tarif de la pratique en établissement	A-13
Règle 18 - Visite à domicile	A-13
Règle 19 - Rapports médicaux	A-14
Règle 20 - Déclaration de décès	A-14
Règle 21 - Classification	A-14
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-14
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-15
Règle 24 - Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie	A-15
Règle 25 - Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie	A-15
Règle 26 - Visite d'un malade atteint d'un cancer	A-16
Règle 27 - Procédés et chirurgies en urologie	A-16
Règle 28 - Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional	A-17
Règle 29 - Majoration pour certaines pathologies	A-17
Règle 30 - Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique	A-25
Règle 31 - Visites, procédés et chirurgies en neurochirurgie	A-25
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-26
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-30
DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉ- BEC NI AU CANADA	A-31
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-33

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION	A-35
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	A-36
# TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-38

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

RÈGLE 1. PAIEMENT

1.1 Le médecin spécialiste est payé suivant ce tarif pour un service médical qu'il a lui-même fourni au malade.

En cabinet privé, il peut se faire assister par des auxiliaires médicaux et leur confier l'exécution de certaines techniques relevant de leur compétence, dans le cours de sa prestation de soins.

RÈGLE 2. FRAIS DE PRATIQUE

2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif.

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

RÈGLE 3. ENSEIGNEMENT CLINIQUE

3.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement de ses honoraires pour les soins qu'il donne avec le concours d'un médecin résident ou d'un interne, en centre hospitalier d'enseignement.

Il doit être présent lors de la prestation de soins et y participer.

Il doit, en outre, contrôler les observations consignées au dossier médical et contresigner.

3.2 Nul honoraire n'est payable au médecin spécialiste qui voit un malade dans le cadre d'activités d'enseignement ou de recherche, sauf s'il s'agit d'un malade dont il est le médecin traitant ou qui lui a été dirigé en consultation.

RÈGLE 4. TARIFICATION NOUVELLE

AVIS : *Les services médico-administratifs ne sont pas des services médicaux. Ils ne peuvent donc pas être facturés comme un acte non négocié.*

+ **4.1** Le médecin spécialiste a droit d'être payé pour une procédure diagnostique ou thérapeutique ou une chirurgie dont la tarification n'est pas prévue au manuel.

AVIS :

- *Inscrire le code 09990;*
- *Inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;*
- *Ne pas inscrire d'honoraires;*
- *Fournir une copie de la note clinique;*
- *Fournir une description détaillée du service médical fourni ou toute littérature scientifique pertinente;*
- *Facturer cet acte seul sur la demande de paiement;*
- *Inscrire un « N » dans la case C.S.*

Il indique au relevé d'honoraires sa demande de tarification nouvelle et il y joint une description sommaire de l'intervention.

4.2 Sur réception d'une demande de tarification nouvelle, la Régie en notifie les parties négociantes.

4.3 Les tarifications nouvelles, agréées par les parties, sont ajoutées au tarif d'honoraires.

À défaut d'accord, la Fédération peut déférer la question en arbitrage. L'arbitre fixe alors une tarification intérimaire.

4.4 Une tarification nouvelle a effet rétroactif sauf si elle remplace une tarification intérimaire fixée par arbitrage.

Sont alors payés les relevés d'honoraires qui ont été présentés dans les délais.

4.5 Aucun honoraire n'est accordé pour une intervention incluse dans la tarification d'une autre prestation de soins.

RÈGLE 5. VISITES

5.1 Les honoraires de visite sont établis en fonction des règles de tarification prévues au présent préambule ou à un addendum.

5.2 On distingue la visite principale, la visite de transfert, la visite de départ et la visite de contrôle.

La visite principale comporte un examen du malade pour établir un diagnostic et, le cas échéant, recommander un traitement.

En centre hospitalier de courte durée, dans les disciplines de la médecine et de la médecine de laboratoire, la visite de transfert est la visite du médecin qui prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin de la même discipline qui cesse d'en avoir charge; elle comporte un examen du malade. Cette disposition ne s'applique pas à l'occasion de l'admission d'un patient dans une unité de soins intensifs.

Cependant, la première visite qui suit la fin d'un séjour à l'urgence n'est pas une visite de transfert.

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle.

La visite de départ est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie. Seul le médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en santé communautaire qui signe le congé d'un patient hospitalisé dans sa discipline peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ. Cette visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures en cardiologie, en médecine interne, en neurologie, en rhumatologie ou en santé communautaire, ou plus de 48 heures en pédiatrie, suivant la visite principale.

5.3 Le médecin spécialiste qui voit un malade en cabinet privé ou en externe, a droit au paiement d'une visite principale, pour son premier examen.

Il en est de même s'il doit réexaminer le malade soit pour reconsidérer son diagnostic ou la thérapie soit parce que le malade le consulte pour une autre pathologie.

En toute autre occasion, il se prévaut de la tarification d'une visite de contrôle.

5.4 Le médecin spécialiste qui suit un malade pendant son hospitalisation, n'a droit au paiement d'une visite principale que pour son premier examen; par la suite, la Régie lui paie des visites de contrôle.

L'hospitalisation inclut le temps que le malade séjourne aux urgences.

Cette tarification s'applique également au malade traité en externe et qui est revu le même jour.

Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (Échelle de Berg < 45/56) ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN)) peut réclamer le paiement d'une deuxième (2^e) visite principale à partir de la septième (7^e) journée de la date d'admission et, par la suite, une visite principale sera payable par période de sept (7) jours depuis la dernière visite principale.

AVIS : Voir le code d'acte 15139 sous l'onglet B - Tarification des visites

Également, le médecin classé en microbiologie-infectiologie peut réclamer le paiement d'une deuxième visite principale à partir de la vingt-et-unième (21^e) journée de la date d'admission lorsque aucune visite de transfert n'a été réclamée pour ce patient durant son hospitalisation.

AVIS : Utiliser le code d'acte 16111;

- Inscrire le rôle 1;

- Les honoraires sont de 67,20 \$;

- Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT.

- + Également, conformément à la *Règle d'application n° 27*, le médecin classé en médecine interne peut réclamer le paiement d'une visite principale par période de sept (7) jours.

5.5 Le médecin spécialiste qui suit un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par trimestre.

AVIS : Référer à l'onglet B - Tarification des visites aux codes d'acte 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061 09062, 09296, 09297, 09298, 00035, 00047, 15006 ou 15026 selon la spécialité.

Toutefois en gériatrie, le médecin gériatre qui est appelé auprès d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où il exerce habituellement peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par mois. Maximum de 4 par année civile, par patient, par gériatre.

AVIS : Référer à l'onglet B - Tarification des visites aux codes d'acte 15072 et 15073

Aucun supplément de durée ne peut être ajouté au tarif de cette visite.

5.6 Pour le médecin à qui elle s'applique, la visite de transfert remplace la visite principale et elle ne peut lui être payée qu'une fois pendant l'hospitalisation du patient. Par la suite, la Régie lui paie des visites de contrôle.

La visite de transfert ne peut être réclamée à l'endroit d'un patient transféré le week-end ou un jour férié. En ce cas, l'honoraire applicable est celui prévu pour la tournée des malades.

5.7 Un médecin peut réclamer, pour un patient, un maximum de deux unités de visite par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. Par unité de visite, on entend la visite principale (avec ou sans supplément de durée, de consultation ou de prise en charge), la visite de transfert, la visite de contrôle, la visite de suivi, la visite de départ, l'évaluation particulière, la tournée des malades, l'évaluation génétique, le suivi d'évaluation génétique, la visite auprès d'un patient en réadaptation lourde, la visite de réévaluation psychiatrique et la visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité. (1*)

AVIS : (1*) Indiquer l'heure et la date de la visite effectuée en dehors de la période de 7 h à 19 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

La présente règle ne s'applique pas aux visites en pédiatrie et en biochimie médicale, à la visite de contrôle des soins de ventilation, à la visite de contrôle des soins d'inhalothérapie, à la visite de contrôle en médecine interne, à un patient traité par un généticien dans une unité de soins intensifs ou de soins de néonatalogie ou à un patient traité dans une unité de soins intensifs par un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

Dans une unité de soins de néonatalogie, un pédiatre peut réclamer, pour un patient sous respirateur, un maximum de cinq (5) unités de visite entre 7 heures et 19 heures; pour un patient qui n'est pas sous respirateur, le maximum est de trois (3) unités de visite entre 7 heures et 19 heures. (1*) (2*)

Dans les autres unités de soins, un pédiatre peut réclamer un maximum de trois (3) unités de visite par jour d'hospitalisation pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

Le médecin classé en biochimie médicale ne peut réclamer qu'une seule visite par patient, par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures.

Le médecin classé en médecine interne peut réclamer un maximum de trois visites de contrôle par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

Pour un patient traité par un généticien dans une unité de soins intensifs ou de soins de néonatalogie, ce dernier peut réclamer un maximum de quatre (4) unités de visite par jour d'hospitalisation.

Dans une unité de soins intensifs, le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie peut réclamer un maximum de 3 visites de contrôle par jour d'hospitalisation pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

AVIS : (1*) *Indiquer l'heure et la date de la visite effectuée en dehors de la période de 7 h à 19 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

(2*) *Identifier une personne assurée sous respirateur par la lettre « R » dans la case C.S. Seuls les services reliés à ce cas doivent être facturés sur la demande de paiement.*

RÈGLE 6. MALADE DIRIGÉ

Celui auquel un malade est dirigé par un médecin, est payé suivant la tarification générale des visites que prévoit la Règle 5.

Certaines dérogations sont ici apportées pour la médecine et l'anesthésiologie.

Pour la chirurgie, c'est l'addendum 4 qui s'applique.

AVIS : Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin.

CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite principale, pour le premier examen du malade.

AVIS : Le supplément ne peut être réclamé seul puisqu'il est inclus dans le tarif de la « Consultation » qui comprend les honoraires de la visite principale et du supplément de consultation.

La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un malade dont l'état paraît grave ou complexe.

6.2 La prise en charge d'un malade peut donner droit au supplément d'honoraires de la consultation.

On accorde ce supplément au médecin spécialiste auquel un malade est confié pour qu'il le traite, en raison de la gravité ou de la complexité de son état.

Ce supplément d'honoraires est payé pour le premier examen. Celui qui a vu un malade en consultation, n'y a pas droit.

6.3 Aucun supplément d'honoraires n'est accordé pour le soin d'un malade dirigé par un médecin de la même discipline, en cours d'hospitalisation - sauf le premier examen, lors de l'admission dans une unité de soins intensifs.

Toutefois, le supplément d'honoraires s'applique pour la consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue qui rencontre les critères de désignation agréés par les parties négociantes et qui est désigné comme tel par elles.

AVIS : Pour les services rendus à l'unité des soins intensifs, utiliser le code de l'établissement fourni par la Régie. Le préfixe de ce code doit être 0 ou 4 et le suffixe 6.

6.4 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires, adresse un rapport au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le malade.

AVIS : Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin ayant demandé le service.

ÉPREUVE DIAGNOSTIQUE OU TRAITEMENT

6.5 Celui auquel un malade est dirigé pour qu'il lui fasse subir une épreuve diagnostique ou thérapeutique, est payé selon le tarif des visites s'il doit examiner le malade.

RÈGLE 7. THÉRAPIE DE COMMUNICATION

7.1 La thérapie de communication consiste en une relation d'aide que le médecin spécialiste établit avec un malade ou avec ses proches.

Cette thérapie a pour seule indication clinique, la gravité de l'état du malade.

- + **7.2** Une thérapie de communication comporte un honoraire fixe de 38 \$, pour la séance.

La durée minimale d'une séance est de trente minutes.

7.3 Le médecin spécialiste ne peut se prévaloir de la tarification d'une thérapie de communication, pour le paiement d'entrevues de type psychothérapie, thérapie sexuelle et counselling.

AVIS : Voir le code d'acte 08925 sous l'onglet B - Tarification des visites DIVERS, ainsi que la Règle d'application n° 2.

RÈGLE 8. PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

AVIS : Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

8.1 Sont payées au demi-tarif (MOD=050) les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance, sauf la procédure principale.

On considère comme procédure principale, celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

8.2 Toutefois, en neurologie, les services médicaux *Électroencéphalogramme de base* (code 00347) et *Électroencéphalogramme de sommeil* (code 00752) sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance.

8.3 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75% les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance et apparaissant sous la rubrique OPHTALMOLOGIE, sauf la procédure principale.

AVIS : Utiliser le modificateur 069.

De plus, en ophtalmologie, le service médical *Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture* (code 20059) est payé au tarif régulier lorsque exécuté lors d'une même séance qu'une autre procédure.

RÈGLE 9. SURVEILLANCE

9.1 Le médecin spécialiste qui doit veiller sur un malade en raison de la gravité de son état, a droit au paiement d'honoraires de surveillance, à l'exception du médecin classé en médecine interne ou en médecine d'urgence, pour lequel, sous réserve de la règle 9.3, l'honoraire de surveillance est inclus dans le tarif du service associé.

La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin spécialiste interrompt toute autre activité clinique.

Le médecin spécialiste ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

Une surveillance comporte une durée de trente minutes; si elle se prolonge, on compte chaque période additionnelle de quinze minutes.

- + La tarification est de 32 \$ par période.

AVIS : Voir le code d'acte 00080 à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.

9.3 Le médecin spécialiste qui pratique la surveillance d'un malade pendant un transfert ambulancier inter-hospitalier, a droit au paiement d'honoraires majorés : on double alors le tarif de la surveillance.

AVIS : Voir le code d'acte 09246 à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

10.1 À l'occasion de soins simultanés, chaque médecin spécialiste est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

RÈGLE 11. RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

- + **11.1** Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 63 \$.
- + S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 63 \$ pour le quart d'heure qui suit, et de 32 \$ par quart d'heure additionnel.

AVIS : Voir les codes d'acte 09403 à 09405 sous l'onglet C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques.

RÈGLE 12. HONORAIRE GLOBAL

12.1 Le premier médecin spécialiste intervenant peut seul demander paiement, si le tarif prévoit un honoraire global.

L'addendum de chirurgie prévoit une dérogation dans le cas du chirurgien qui confie la responsabilité des soins post-opératoires, pendant l'hospitalisation du malade.

RÈGLE 13. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

13.1 On s'en reporte aux dispositions de l'annexe 23 pour ce qui est des frais de déplacement et de séjour.

**RÈGLE 14.
SOINS D'URGENCE**

La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée.

Elle ne s'applique pas au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement.

14.1 Le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 heures et 7 heures; du week-end; et des jours fériés.

AVIS : *En rémunération mixte, se reporter à l'article 4.2 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5)*

14.2 La majoration d'honoraires est de 150 % pour les soins donnés entre minuit et 7 heures; elle est de 70 %, pour le reste de l'horaire de garde.

Pour déterminer la majoration, on retient : l'heure du début de la visite ou de la chirurgie; en obstétrique, l'heure de la naissance.

AVIS : *Voir la section 3.2.6.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE**- MÉDECINE ET CHIRURGIE.****MOD=018 :**

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 70 %

MOD=017 :

NUIT, de minuit à 7 heures, majoration de 150 %

MOD=019 :

WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 70 %

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

14.3 À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés de l'urgence :

- On majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec l'horaire de garde;
- On majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise pendant l'horaire de garde.

AVIS : Voir la section 3.2.6.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
NUIT, du lundi au vendredi de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
# JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 8 h (majoration de 15 % (1*))	----- ou 919(1*)	098 ou 225(1*)
JOUR, du lundi au vendredi, de 8 h à 15 h (aucune majoration)	-----	098
# JOUR, du lundi au vendredi, de 15 h à 19 h (majoration de 15 % (1*))	----- ou 919(1*)	098 ou 225(1*)
SOIR, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %)	018	090
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit (majoration de 70 %)	019	092

(1*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
# Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h (majoration de 15 % (1*))	----- ou 919(1*)	098 ou 225(1*)
# En tout autre temps	-----	098

(1*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 189 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 126 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 253 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 126 \$ pour le reste de la garde.

AVIS : *Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

- Code d'acte 09203 de minuit à 7h;
- Code d'acte 09204 de 7h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

*Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le **modificateur 094** ou un de ses multiples.*

14.5 Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de grâces, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu (voir à la fin du présent onglet, les noms des jours fériés peuvent différer au tableau des dates fixées par la Régie).*

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

RÈGLE 15. TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

15.1 En centre hospitalier de soins de courte durée, les honoraires des visites de contrôle effectuées le week-end ou un jour férié à l'occasion d'une tournée des malades hospitalisés font l'objet d'une majoration au sein de certaines disciplines, tel que prévu aux tableaux d'honoraires.

Cette règle vaut pour la visite d'un patient effectuée par le médecin qui en a charge ou celui qui le remplace, et par celui qui rend des soins simultanés.

La majoration prévue au premier alinéa de cette règle s'applique également aux honoraires du service médical *Unité coronarienne* apparaissant à la *Tarifcation des visites*, en cardiologie et en médecine interne.

RÈGLE 16. HONORAIRE ADDITIONNEL

16.1 Une prestation de soins dont la complexité est inhabituelle, donne droit au paiement d'un honoraire additionnel.

16.2 Une demande d'honoraire additionnel est rédigée sur un formulaire de la Régie; elle est jointe au relevé d'honoraires.

AVIS : *Fournir les renseignements décrivant l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et, dans la case HONORAIRES, le montant total incluant l'honoraire additionnel que vous demandez. Inscrire un « N » dans la case C.S.*

AVIS : *Lorsqu'un acte est C.S. au tarif, ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

16.3 La Régie apprécie l'exigibilité d'une demande d'honoraire additionnel.

En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

RÈGLE 17. TARIF DE LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT

17.1 Sont payés suivant le tarif de la pratique en centre hospitalier de soins de courte durée, les soins donnés dans un local sous gestion du gouvernement ou d'un organisme qu'il subventionne.

AVIS : *Voir sous l'onglet B - Tarification des visites, le titre Local sous gestion du gouvernement.*

Par Local sous gestion du gouvernement ou d'un organisme qu'il subventionne, la Régie entend tout milieu de dispensation autre qu'un centre hospitalier, un centre d'accueil ou un CLSC. Cette appellation vise, entre autres, les écoles et les foyers d'hébergement.

Pour les Procédés diagnostiques et thérapeutiques, onglet C, inscrire le modificateur 033 et utiliser les honoraires sous la colonne « établissement ».

Cette tarification s'applique, notamment, aux soins donnés dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier.

AVIS : *Cette règle ne s'applique pas en CLSC (voir les Lettres d'entente n^{os} 12 et 29).*

17.2 Un établissement ne peut demander compensation au médecin spécialiste auquel il fournit un cabinet de consultation, de l'équipement ou les services de son personnel.

RÈGLE 18. VISITE À DOMICILE

18.1 Des honoraires de visite particuliers sont prévus pour les visites au domicile du malade.

On accorde le tarif de la visite principale pour le premier examen du malade.

Ce tarif de la visite principale est payé pour le premier malade vu au même domicile.

Les autres visites sont des visites de contrôle.

18.2 La tarification des visites au domicile s'applique aux examens pratiqués ailleurs qu'au cabinet privé ou en établissement, sauf disposition contraire au tarif.

18.3 Constitue un même domicile, pour fins de tarification, toute unité d'habitation regroupée sous un même toit.

RÈGLE 19. RAPPORTS MÉDICAUX

19.1 N'est pas considéré comme frais accessoires, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

Il en est de même de l'honoraire pour le résumé d'un dossier, en cabinet privé.

AVIS : Voir la rubrique « Services et examens médicaux considérés comme assurés », à la fin du Préambule général.

RÈGLE 20. DÉCLARATION DE DÉCÈS

20.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 28 \$ pour la rédaction de la déclaration de décès.

AVIS : Voir le code d'acte 09200 sous l'onglet B - Tarification des visites DIVERS.

RÈGLE 21. CLASSIFICATION

21.1 La tarification de certaines prestations de soins dont les visites et la consultation, dépend de la discipline du médecin spécialiste.

21.2 Celui qui a qualification de spécialiste dans plus d'une discipline, est classé en fonction de son certificat le plus récent.

21.3 Il peut demander un changement de classification dans une autre discipline pour laquelle il a qualification de spécialiste, s'il établit que celle-ci représente son principal champ d'activités.

21.4 Pour les fins de l'application de l'article 21.3, celui qui a classification de spécialiste dans plus d'une discipline et qui est classé, au 13 mars 1994, dans une discipline autre que la médecine interne, la gériatrie ou la rhumatologie, ne peut demander un changement de classification en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie après cette date.

Pour les fins de l'application de l'article 21.3, le médecin spécialiste en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie qui obtient un nouveau certificat après le 13 mars 1994 dans une discipline autre que la médecine interne, la gériatrie ou la rhumatologie, ne peut demander un changement de classification en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie.

21.5 Une demande de changement de classification est soumise aux parties négociantes; advenant désaccord entre elles, la Fédération peut déférer la question en arbitrage.

RÈGLE 22. PRATIQUE HORS DISCIPLINE

22.1 Le médecin spécialiste qui donne des soins pour lesquels il n'a pas qualification de spécialiste, est payé pour ses visites suivant la tarification de la pratique hors discipline et pour ses autres prestations, aux trois quarts du tarif.

AVIS : Lorsque la visite est faite « hors discipline », tous les services effectués au cours de cette visite sont rémunérables aux trois quarts du tarif (MOD=075).

Cette disposition ne s'applique pas aux urgences auxquelles le médecin spécialiste répond pendant qu'il est de garde, en centre hospitalier.

Également, cette disposition ne s'applique pas aux visites effectuées par le médecin classé en médecine d'urgence, lesquelles demeurent rémunérées selon la tarification applicable dans cette discipline.

**RÈGLE 23.
PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES**

23.1 En centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention PG-23. Cette majoration ne s'applique toutefois pas en anesthésiologie. (MOD=060)

- + **23.2** Toutefois, en ophtalmologie, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des chirurgies, visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques pratiqués chez un enfant de moins de 6 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Utiliser le modificateur 196 pour demander la majoration d'honoraires.*

- + **23.3** Toutefois, en chirurgie plastique, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357, lorsque pratiqués chez un enfant de 14 ans ou moins, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Utiliser le modificateur 197 pour demander la majoration d'honoraires.*

**RÈGLE 24
VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 175 \$, sont majorés à 175 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : *Utiliser le modificateur 070 pour demander la majoration d'honoraires.*

**RÈGLE 25.
VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 63 \$, sont majorés à 63 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : *Utiliser le modificateur 142 pour demander la majoration d'honoraires.*

RÈGLE 26. VISITE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER

- + **26.1** Pour le médecin classé en chirurgie générale, on majore de 80 % l'honoraire des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.
- + Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation), sauf lors de la première consultation avec prise en charge du patient où cette majoration s'applique alors à la fois à l'honoraire de la visite principale et du supplément de consultation.

AVIS : *Utiliser le modificateur 143 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

- + **26.2** Pour le médecin classé en CCVT, on majore de 80% l'honoraire des visites principales et des visites de contrôle effectuées en externe, en hospitalisation ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale et de la visite de contrôle d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.
- + Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation).

AVIS : *Utiliser le modificateur 194 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

- + **26.3** Pour le médecin classé en hématologie ou en oncologie médicale, on majore de 30% l'honoraire des visites principales effectuées en externe pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.

AVIS : *Utiliser le modificateur 195 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

- + Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation).

RÈGLE 27. PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 100 \$, sont majorés à 100 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : *Utiliser le modificateur 167 pour demander la majoration d'honoraires.*

RÈGLE 28. SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique, en dermatologie, en médecine interne, en médecine d'urgence, en néphrologie, en neurologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie, en pédiatrie ou en radio-oncologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifié par la mention PG-28 soit effectué, a droit à un honoraire de 40 \$.

AVIS : *Utiliser le code d'acte 70000*

- inscrire le rôle 1;

- les honoraires de 40,00 \$;

Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional (spécifier le type de bloc régional) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : *Pédiatre : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes, 00234, 00249 et 00863 utiliser le code d'acte 70002.*

RÈGLE 29. MAJORATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES

29.1 En rhumatologie, les honoraires des visites principales et des suppléments de durée en cabinet, en hospitalisation et en externe sont majorés de 15 %, pour le suivi d'un patient atteint d'une pathologie spécifiée par les parties négociantes.

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation.

AVIS : *Utiliser le modificateur 065 pour demander la majoration d'honoraires.*

Inscrire la pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Celle-ci doit obligatoirement faire partie de la liste suivante :

446.0 Périartérite noueuse

446.1 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire

446.2 Angéite allergique

446.3 Granulome malin de la face

446.4 Granulomatose de Wegener

446.5 Artérite à cellules géantes

446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique

446.7 Maladie de Takayashu

446.9 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision

447.6 Artérite – sans précision, sauf 437.4-414.8-446.7-440

696.0 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

- 710.0 *Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 695.4*
- 710.1 *Sclérodermie progressive, sauf 701.0*
- 710.2 *Syndrome de Gougerot-Sjogren*
- 710.3 *Dermatomyosite*
- 710.4 *Polymyosite*
- 710.8 *Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres*
- 710.9 *Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision*

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

- 711.0 *Arthrite à bactéries pyogènes*
- 711.1 *Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées*
- 711.2 *Arthropathies au cours du syndrome de Behçet*
- 711.3 *Arthropathies associées à des infections intestinales*
- 711.4 *Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes*
- 711.6 *Arthropathies associées à des mycoses*
- 711.7 *Arthropathies associées aux helminthiases*
- 711.8 *Arthropathies associées à d'autres maladies infectieuses et parasitaires, sauf 135-713.7*
- 711.9 *Arthrite infectieuse – sans précision*
- 713.0 *Arthropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 713.7-712-713.5*
- 713.1 *Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses*
- 713.2 *Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6*
- 713.3 *Arthropathies associées à des affections dermatologiques*
- 713.4 *Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711*
- 713.5 *Arthropathies associées à des affections neurologiques*
- 713.6 *Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 716.2*

714 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires, sauf 720-390

- 714.0 *Arthrite rhumatoïde*
- 714.1 *Syndrome de Felty*
- 714.2 *Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale*
- 714.3 *Polyarthrite chronique juvénile*
- 714.4 *Arthrite rhumatoïde de Jaccoud*
- 714.8 *Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres*
- 714.9 *Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision*

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

720.0 Spondylarthrite ankylosante

720.2 Sacro-iléite, non classée ailleurs

720.8 Autres spondylopathies inflammatoires

720.9 Spondylopathies inflammatoires – sans précision

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélique

725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélique – sans précision

29.2 En médecine interne, l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 15 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes. Cette deuxième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie.

AVIS : Utiliser le modificateur 067 pour demander la majoration d'honoraires.

Inscrire le code de diagnostic de la première pathologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et celui de la deuxième pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC (un code de diagnostic à 5 chiffres doit obligatoirement être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES).

Cette deuxième pathologie donnant droit à la majoration, doit obligatoirement faire partie de la liste suivante et être dans un système anatomique différent de la première pathologie :

Neurologie :**1. Maladie neuro-dégénérative**

290.4	Démence vasculaire
290.0 ou 290.1 + 331.0	Démence type Alzheimer (DTA)
290.8	Démence mixte
332.0	Parkinson
293.0 - 293.9 ou 297.0 - 297.9	Delirium
340.9	Sclérose en plaques

2. Maladie neuro-vasculaire

430.9 - 438.9 (sauf 435)	AVC
435.9	ICT
780.2	Syncope
346.0 - 346.9	Migraine
780.4 ou 386.0 - 386.9	Vertige
458.0	Hypotension orthostatique
358.0 - 358.9	Neuromyopathie
356.0 - 356.9	Polyneuropathie (étiologies diverses)
357.0 - 357.9	
359.0 - 359.9	Myopathies (étiologies diverses)

3.

191.0 - 191.9 *Tumeur cérébrale*

Endocrinologie :1. *Endocrinopathie*

250.01 - 250.91 *Diabète type 1*
 250.00 - 250.90 *Diabète type 2*
 648.81 - 648.84 *Diabète gestationnel*
 251.8 (sans diabète) *Hyperglycémie*
 790.2 (prédiabète) *Intolérance au glucose*
 244.0 - 244.9 *Hypothyroïdie*
 242.0 - 242.9 *Hyperthyroïdie*
 245.0 - 245.9 *Thyroïdite*
 272.0 - 272.9 *Hypercholestérolémie / dyslipidémie*
 277.8 *Syndrome métabolique*
 255.4 ou 255.5 *Insuffisance surrénalienne*
 276.0 - 276.1 *Hypo-hypermatriémie symptomatique*
 276.7 - 276.8 *Hypo-hyperkaliémie symptomatique*

Cardio-vasculaire :

1.

414.0 *Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)*
 413.9 *Angine*
 411.90 *Angine instable*
 411.90 *Syndrome coronarien aigu*
 410.9 *Infarctus avec élévation du segment ST*
 410.9 *Infarctus sans élévation du segment ST*
 413.9 ou 411.90 *Ischémie silencieuse*

2.

440.9 *Maladie vasculaire (MVAS)*
 443.9 *Maladie artérielle périphérique (MAP)*
 443.9 *Claudication intermittente*
 433.10 - 433.11 *Artériosclérose carotidienne*
 444.0 - 444.9 *Ischémie artérielle aiguë (embolie ou thrombose)*
 444.2 *Ischémie digitale / blue toe (embolie ou thrombose)*

3.

441.0 - 442.9 *Anévrisme vasculaire*

4.

393.9 - 398.9

Valvulopathies rhumatismales

424.0 - 424.9

Valvulopathies non rhumatismales

5.

996.61 ou 996.62

Infection prothèse vasculaire

6.

428.0 - 428.9

Insuffisance cardiaque

7.

427.0 - 427.9

Arythmie

427.31

Fibrillation auriculaire

427.4

Fibrillation ventriculaire

427.32

Flutter auriculaire

427.4

Flutter ventriculaire

427.0

TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxystique)

427.0

TAM (tachycardie auriculaire multifocale)

427.89

Bradycardie sévère

426.12 ou 426.0

Bloc AV (auriculo-ventriculaire) de haut grade (type 2b et 3ième degré)

427.81

Syndrome de tachycardie-bradycardie

427.81

*Maladie du noeud sinusal***Respiratoire :**

1.

490.9 - 494.9

Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme

2.

495.0 - 495.9 ou
500.9 - 508.9*Pneumopathies secondaires à agents externes (ex : poumon de fermier)*

3.

514.9 - 518.89

Pneumopathies touchant le tissu interstitiel (ex : fibrose pulmonaire-ARDS)

4.

162.0 - 162.9

Tumeur pulmonaire

Digestif :**1.**

150.0 - 159.9 *Tumeur digestive*

2.

555.0 - 558.99 *Entérite et colite non infectieuse (inflammatoire ou ischémique)*

3.

579.0 - 579.9 *Malabsorption*

4.

530.2 ou 531.0 - 534.9
ou 578.0 - 578.9 *Maladie ulcéro-peptique et/ou hémorragie digestive*

5.

571.0 - 571.9 *Cirrhose*

6.

574.0 - 577.9 *Maladie des voies biliaires et du pancréas*

Néphrologie :**1. Maladie lithiasique**

592.0 - 594.9 *Urolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Néphrolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Colique néphritique*

2.

584.5 - 586.9 *Insuffisance rénale*

3. Néphropathie

581.0 - 581.9 *Syndrome néphrotique*
580.0 - 580.9 ou
582.0 - 583.9 *Syndrome néphritique*
791.0 *Protéinurie*
580.0 - 583.9 *Glomérulonéphrite (étiologies diverses)*
791.0 *Microalbuminurie*
403.91 *Néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale*

4.

188.0 - 189.9 *Tumeur urologique*

5.

405.9 *Hypertension secondaire*

6.

642.31 - 642.94 *Hypertension gestationnelle*

Hématologie :

1. Anémie

281.0 - 281.9 *Anémie par déficience vitaminée ou autre (sauf fer)*

280.90 - 280.99 *Anémie ferriprive*

285.0 - 285.9 *Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)*

2.

288.0 - 289.9 *Dyscrasie sanguine*

3.

204.00 - 208.91 *Leucémie*

4.

200.0 - 208.91
(sauf leucémies) *Tumeur maligne*

5.

444.0 - 444.9 *Maladie thrombo-embolique*

6.

286.9 *Thrombophilie*

286.0 - 286.9 *Trouble de coagulation*

Rhumatologie :

1. Arthrite

274.0 - 274.9 +
712.0 - 712.9 *Microcristalline (goutte et pseudogoutte)*

275.0 - 275.9 +
712.0 - 712.9

713.0 - 713.8,
714.0 - 714.9 ou
716.0 - 716.9 *Rhumatoïde et autres arthropathies inflammatoires*

711.0 - 711.9 *Arthrite réactionnelle*

720.0 - 720.9 *Spondylite ankylosante et autres Spondylarthropathies inflammatoires*

2.

446.0 - 446.7 ou 447.6 Vasculite (Wegener, PAN, v.leucocytoclasique)

3.

710.0 - 710.9 Collagénose

4.

733.0 Ostéoporose fracturaire

5. Maladie infiltrative

729.3 Panniculite
695.2 Érythème noueux
135.9 Sarcoidose

Intoxication :

977.9 Médicamenteuse
969.0 Tricycliques
965.4 Acétaminophène
965.1 Acide acétylsalicylique

Polyintoxication

977.9 Médicaments non précisés
Médicaments précisés : les coder tous
980.1 - Méthanol
982.8 - Éthylène glycol
980.0 - Éthanol

Maladies infectieuses :

038.0 - 038.9 Sepsis

Infection système nerveux central

045.0 - 049.9 - virale
320.0 - 326.9 - bactérienne
421.0 - 421.9 ou Endocardite
424.0 - 424.9
480.0 - 486.9 ou Pneumonie
487.0 - 487.9 - si avec grippe
513.0 - 513.1 Abscès poumon
510.0 - 510.9 Empyème (pyothorax)

001.0 - 009.3 Gastro-entérite infectieuse
(virale ou bactérienne)
Diarrhée infectieuse
Entérite infectieuse
Colite infectieuse

	Infection urinaire
599.0	- sans précision
595.0 - 595.9	- si cystite
590.0 - 590.9	- si pyélonéphrite
711.0 - 711.9	Arthropathie associée à des infections
996.66 ou 996.67	- si prothèse ou plaque
	VIH - SIDA
795.8	- Séropositivité
042.9	- SIDA
043.0 - 044.9	- Affections dues à l'infection par le VIH
681.0 - 682.9	Infections des tissus mous (cellulite)

29.3 En médecine interne, l'honoraire de la consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 40 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2. Cette troisième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui des deux premières pathologies.

AVIS : Utiliser le modificateur 063 pour demander la majoration d'honoraires

Inscrire les codes de diagnostic des deux premières pathologies dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le code de diagnostic de la troisième pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC (un code de diagnostic à 5 chiffres doit obligatoirement être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES).

Ces deuxième et troisième pathologies doivent obligatoirement faire partie de la liste des pathologies désignées à la règle 29.2. Chacune des trois pathologies doivent être dans un système anatomique différent.

RÈGLE 30. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Pour le médecin classé en chirurgie orthopédique, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 200 \$, sont majorés à 200 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

AVIS : Utiliser le modificateur 100 pour demander la majoration d'honoraires

RÈGLE 31. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN NEUROCHIRURGIE

Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par le médecin classé en neurochirurgie sont majorés de 35 % lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

AVIS : Utiliser le modificateur 126 pour demander la majoration d'honoraires

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

En conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

1. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE DE COMMERCE, D'UN AUTOBUS DE PLUS DE 24 PASSAGERS OU D'UN VÉHICULE EXIGEANT DES QUALIFICATIONS PLUS GRANDES :

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire d'un véhicule des classes 1, 2 et 3.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule de commerce.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q.,c.C-24.2);
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4A.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule d'urgence.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q.,c.C-24.2);
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

3. CONDUCTEUR D'UN AUTOBUS DE 24 PASSAGERS OU MOINS OU D'UN MINIBUS

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. C-24.2);
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

4. CHAUFFEUR DE TAXI :

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4C.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour un titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un taxi.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c.C-24.2);
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

5. ÉTUDIANT ADMIS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES EN TECHNIQUES DE PILOTAGE, TECHNIQUES MARITIMES, TECHNIQUES POLICIÈRES OU TECHNIQUES DU CONTRÔLE DE LA CIRCULATION AÉRIENNE :

Examen médical que doit subir l'étudiant admis à l'un des programmes d'études précités.

- Article 18 a) de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (L.R.Q., c.C-29) remplacé par 1993, c.25, a.11.;
- Article 1 du Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants : techniques de pilotage, techniques maritimes, techniques policières et techniques de contrôle de la circulation aérienne (Décret 2403-82 du 20 octobre 1982).

6. FONCTIONNAIRE AU SENS DE LA LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE :

Examens de pré-emploi exigés par les directives de classification relatives aux emplois suivants :

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agents des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (L.R.Q.cF-3.1).

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

7. ENSEIGNANT OCCUPANT UN EMPLOI DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE DE LA COMMISSION SCOLAIRE CRIE, LA COMMISSION SCOLAIRE KATIVIK ET LE COMITÉ NASKAPI DE L'ÉDUCATION :

Examen médical annuel démontrant qu'il n'est atteint d'aucun handicap physique ou mental ou maladie le rendant inapte à occuper le poste qu'il détient.

Examen annuel pulmonaire clinique et radiologique démontrant que cette personne est exempte d'affection tuberculeuse.

- Article 207 de la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis (L.R.Q.,c.I-14).

8. AGENTS ET CADETS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX :

Examen médical requis pour devenir agent ou cadet de la Sûreté ou d'un corps de police municipal.

- Loi de police (L.R.Q.,c.P-13);

- Article 3 du Règlement sur les normes d'embauche des agents et cadets de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux (R.R.Q.,C.P-13,r.14).

9. MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LES PERSONNES PRÉPOSÉES AUX SOINS DES MALADES OU À LA GARDE DES ENFANTS :

Examens cliniques et diagnostiques et mesures de prophylaxie déterminées par le chef de département de santé communautaire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);

- Article 40 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

10. MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS UN CAMP FORESTIER OU DES INSTALLATIONS SPÉCIFIÉES :

Le manipulateur d'aliments dans un camp forestier ou des installations visées à l'article 83 doit avoir subi un examen médical depuis moins de 12 mois attestant qu'il n'est pas atteint de la tuberculose et qu'il n'est pas porteur de germes de salmonellose, ni atteint d'une maladie à déclaration obligatoire pouvant se transmettre par les aliments.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);

- Articles 83 et 84 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

11. EMPLOYÉS D'UN DÉTENTEUR DE PERMIS VISÉS À L'ARTICLE 90 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE :

(Permis pour pouvoir embaumer des défunts ou pratiquer la thanatopraxie, agir comme directeur de funérailles ou pour l'opération d'un laboratoire ou d'un service d'ambulance).

Certificat d'attestation de bonne santé délivré lors de l'embauche.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);

- Articles 90 et 109 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1 et Décret 975-83 du 18 mai 1983).

12. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES ET ORTHÈSES OU D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Examen médical annuel attestant que la personne peut travailler dans un laboratoire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Examen médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

Examen médical décrit à l'article 174 à l'embauchage et annuel par la suite et dans les cas prévus à l'article 185 pour tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X.

Examen visé au paragraphe c) de l'article 174 (formule sanguine complète) à la fin des premier et deuxième mois d'emploi pour toute personne directement affectée à des travaux sous rayon X et toute personne visée à l'article 184.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS

Examen attestant de l'immunité à la variole de l'employé.

Examen médical à l'embauchage et annuel par la suite établissant que l'employé ne souffre pas de maladie contagieuse ou vénérienne et qu'il n'est pas porteur de germes pouvant causer une infection transmissible par les aliments.

- Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2);
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (R.R.Q.,c.S-2.1,r.3).

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX

Examens médicaux d'embauche et examens périodiques que peut exiger le Service d'inspection lorsque la santé des travailleurs est exposée à des risques particuliers.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions règlementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q.,c.S-5);
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 f) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
- # 3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001);
- # 4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (L.R.Q., c. C-81);
- # 5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (L.R.Q., c. R-9);
- # 6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (L.R.Q., c. S-32.001) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette Loi;
- # 7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1).

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie* et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada **sans avoir obtenu l'autorisation préalable** de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :

- une description détaillée des services spécialisés requis;
- une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
- le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
- le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.

B) Un **résumé** du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie*, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.
- B) Un **résumé** du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variés etc., voir NOTE, page J-16).

Le médecin doit formuler une demande écrite en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention.

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse, car si la demande d'autorisation est refusée, une lettre doit être adressée également à cette personne pour qu'elle puisse exercer son droit de recours si elle le désire.

IMPORTANT : Les photos ne sont pas requises sauf en chirurgie plastique.

Adresser la demande à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'expertise médicale (Q044)
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

Alberta Health
10025 Jasper Avenue
P.O. Box 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : 250 386-7171
Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 453-2283

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M.S.I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : 902 468-9700

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue durée
Attention : Claims manager
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Téléphone : 613 548-6240 ou 613 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T. C. Douglas Building
3475, Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone 306 787-3251

TERRE-NEUVE

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street P. O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office, 2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T. N.-O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch, P. O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5209

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

ARTICLE 14.5

#	FÊTE LÉGALE	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	<i>Journée nationale des Patriotes</i>	24 mai 2010	23 mai 2011	21 mai 2012
	<i>Fête nationale du Québec</i>	24 juin 2010	24 juin 2011	25 juin 2012
	<i>Fête du Canada</i>	1 ^{er} juillet 2010	1 ^{er} juillet 2011	2 juillet 2012
	<i>Fête du Travail</i>	6 sept. 2010	5 sept. 2011	3 sept. 2012
	<i>Action de grâces</i>	11 octobre 2010	10 octobre 2011	8 octobre 2012
	<i>Veille de Noël</i>	24 déc. 2010	23 déc. 2011	24 déc. 2012
	<i>Fête de Noël</i>	27 déc. 2010	26 déc. 2011	25 déc. 2012
	<i>Lendemain de Noël</i>	28 déc. 2010	27 déc. 2011	26 déc. 2012
	<i>Veille du jour de l'An</i>	31 déc. 2010	30 déc. 2011	31 déc. 2012
	<i>Jour de l'An</i>	3 janvier 2011	2 janvier 2012	1 ^{er} janvier 2013
	<i>Lendemain du jour de l'An</i>	4 janvier 2011	3 janvier 2012	2 janvier 2013
	<i>Vendredi Saint</i>	22 avril 2011	6 avril 2012	29 mars 2013
	<i>Lundi de Pâques</i>	25 avril 2011	9 avril 2012	1 ^{er} avril 2013