

INDEX

	<i>Page</i>
ADDENDUM 8 - ANESTHÉSIOLOGIE	D-2
Interprétation	D-2
Règle 1 - Honoraire global	D-2
Règle 2 - Visites	D-2
# Règle 3 - Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie	D-3
Règle 4 - Durée	D-3
Règle 5 - Interruption de l'anesthésie	D-3
Règle 6 - Procédure diagnostique pré-chirurgicale	D-3
Règle 7 - Chirurgies multiples	D-3
Règle 8 - Anesthésiologiste collaborateur	D-4
Règle 9 - Remplacement en cours d'intervention	D-4
Règle 10 - Participation	D-4
Règle 11 - Anesthésies simultanées	D-4
Règle 12 - Majoration d'honoraires pour certains services	D-5
Règle 13 - Majoration d'honoraires selon l'âge	D-6
Règle 14 - Majoration des unités de base	D-6
Valeur de l'unité	D-7
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-7
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-8
Anesthésie générale pour chirurgie de l'oeil	D-8
Anesthésie obstétricale	D-8
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-9
Anesthésie en soins palliatifs	D-11
Inhalothérapie	D-11
Soins spéciaux	D-12
Cathétérisme veineux	D-12
Soins de ventilation	D-13
# Coeur-poumon artificiel	D-15
Transplantations	D-15
Divers	D-15
Tableau de correspondance des unités de durée	D-17

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base.

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au *Préambule général*.

AVIS : Voir la règle 5 du *Préambule général*

RÈGLE 3.**MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE**

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.**DURÉE**

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

AVIS : Voir le tableau à la fin du présent onglet.

RÈGLE 5.**INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE**

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue (MOD=047).

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

RÈGLE 6**PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE
PRÉ-CHIRURGICALE**

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

RÈGLE 7.**CHIRURGIES MULTIPLES**

7.1 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8**ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR**

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1^{er} septembre 1988.

AVIS : Voir à la section 3.2.6.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement (Exemple de facturation d'une anesthésie).

RÈGLE 9.**REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION**

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : Voir à la section 3.2.6.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement (Exemple de facturation d'une anesthésie).

RÈGLE 10.**PARTICIPATION**

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

+ RÈGLE 11.**ANESTHÉSIES SIMULTANÉES**

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % (MOD=34) du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

11.2 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention, dans les cas suivants :

- i. pour l'anesthésie régionale autre que rachidienne effectuée lors d'une intervention, lorsqu'il entreprend cette anesthésie pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité;
- ii. pour les blocs plexique, neuraxial et intrapleurale effectués dans un but d'analgésie per ou post-opératoire, lorsqu'ils sont entrepris par l'anesthésiologiste pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité;
- iii. pour l'anesthésie et les blocs visés ci-dessus, lorsqu'ils sont effectués dans une salle autre que celle où l'intervention a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération.

Dans le cas où la durée de l'anesthésie sous-jacente à une intervention est de 5 heures ou moins, le supplément est de 6 unités. Pour une durée de plus de 5 heures, le supplément est de 8 unités. Dans tous les cas, le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie ou les blocs visés ci-dessus n'est pas compté dans les unités de temps de l'anesthésie.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'acte suivants en supplément aux unités de base d'une intervention :*

41008 :	<i>Anesthésie sous jacente à une intervention de 5 heures ou moins, supplément</i>	6 unités
41009 :	<i>Anesthésie sous jacente à une intervention de plus de 5 heures, supplément</i>	8 unités

Ces services sont seulement payables en rôle 2.

Les unités de durée ne sont pas permises pour ces codes. Les suppléments 41008 et 41009 doivent être réclamés sur la demande de paiement relative au patient auprès duquel l'intervention anesthésique sous-jacente de la règle 11.2 a été effectuée.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 15 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'**Accord-cadre** pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (**Annexe 6** de l'**Accord-cadre**) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'**Annexe 29** et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41002, 41005, 41023 et 41024, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'**Annexe 29** et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

AVIS : *Utiliser le modificateur 919 pour demander la majoration d'honoraires*

Pour les suites d'opération entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, utiliser le modificateur multiple suivant :

225 multiple de (098-919) : Suite de l'opération non majorée pour les soins d'urgence et majoration d'honoraires de 15 %.

En dehors des plages de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h, utiliser les modificateurs simples de suites d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation de combinaisons de modificateurs non définies par un multiple, utiliser le modificateur 099 et inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les modificateurs qui s'appliquent.

RÈGLE 13.**MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

- 13.1** En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur. (MOD=166)
- # **13.2** En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'*Annexe 41*. (MOD=015)
- # **13.3** En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'*Annexe 41*. (MOD=022)

RÈGLE 14.**MAJORATION DES UNITÉS DE BASE**

14.1 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41033) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'*Annexe 41*, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

14.2 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41034) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'*Annexe 41*, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

14.3 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41035) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ 14,25

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUC-CALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	5*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.	
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie	5*
00920		
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux	
00924	avec ou sans appareil de traction	5*
	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*

	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	5*
	Intervention sur le trijumeau	
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau	6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	4*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
00957	repositionnement bilatéral	10*
00959	diminution	8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste	34,00
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	17,00
	NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.	

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010	Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte	6*
-------	--	----

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921	sous anesthésie générale	9
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	9
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	15

	NOTE :		
+	- si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (code d'acte 06912 ou code d'acte 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la malade pour effectuer l'induction.		
	- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.		
41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum		18*
	<u>AVIS :</u> <i>Le code d'acte 41007 doit être facturé avec le numéro d'assurance maladie de la mère du nouveau-né.</i>		

ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) : par visite	7,40	
	maximum par jour	29,60	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.</i>		
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	73,50	
	Épidurale continue pour soulager la douleur :		
	pour les premières 48 heures		
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les visites, la surveillance et les injections	157,50	
	après 48 heures		
00935	réinjections et/ou visites, par jour, par patient	29,40	
00952	Épidurale différentielle incluant les visites, les injections et la surveillance	157,50	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenné de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	Douleur aiguë ou douleur chronique :		
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
41001	1 ^{er} jour		5
+41002	par jour subséquent (2*)	28,50	
+41026	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) (2*)	48,50	

AVIS : (2*) SOINS D'URGENCE Voir la règle d'application n° 6.

		R = 1	R = 2
41003	injection unique de narcotique par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 48 heures, le cas échéant		4
+	NOTE : Les actes codés 41001, 41002, 41003 et 41026 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41004, 41005 et 41027 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
41004	1 ^{er} jour		3
+41005	par jour subséquent (2*)	14,30	
+41027	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) (2*)	24,30	
+	NOTE : Les actes codés 41004, 41005 et 41027 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41001, 41002, 41003 et 41026 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		6
	NOTE : L'acte codé 41006 ne peut pas être facturé avec les actes codés 41001, 41002, 41003, 41004 et 41005 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
01901	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique	52,50	
41011	Perfusion thérapeutique d'un médicament pour le traitement de douleur chronique (kétamine, lidocaïne et autres)	30,00	
	NOTE : Comprennent l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient.		

AVIS : (2*) SOINS D'URGENCE Voir la règle d'application n° 6.

ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS

41012	Analgésie péridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	210,00	4*
41013	Analgésie péridurale avec cathéter tunnelisé pour contrôle de la douleur	210,00	6*
41014	Analgésie rachidienne avec cathéter tunnelisé pour contrôle de la douleur	210,00	6*
41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	395,00	6*
41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	90,00	4*
41017	Bloc du ganglion impar	50,00	4*
41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	170,00	6*
41019	Neurolyse du ganglion impar	100,00	4*
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	335,00	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale	335,00	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée	335,00	6*
# 41023	Visite de suivi, par jour (1*) (2*)	40,00	
+ 41028	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) (2*)	68,00	
+	NOTE : Les actes codés 41023 ou 41028 sont applicables sur les actes codés 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.		
# 41024	Visite de suivi, par jour (1*) (2*)	20,00	
+ 41025	Tournée des malades le week-end (1*) (2*) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	34,00	
	NOTE : Les actes codés 41024 ou 41025 sont applicables sur les actes codés 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.		

INHALOTHÉRAPIE

00917	Visite de contrôle	6,50
	Maximum par jour	26,00

AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*

NOTE : Ne peut pas être facturé par un médecin classé en anesthésiologie, en pédiatrie ou en pneumologie. De plus, la visite de contrôle en anesthésiologie (09135), en pédiatrie (09152) ou en pneumologie (09152) ne peut pas être facturée à la place de ce service médical codé 00917.

AVIS : (1*) Voir la règle 5.7 du Préambule général.
AVIS : (2*) SOINS D'URGENCE Voir la règle d'application n° 6.

R = 1 R = 2

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins	7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.	

AVIS : *Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*

SOINS SPÉCIAUX

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : *Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné.*
Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	147,00	
00987	supplément A8-1		9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	116,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	87,60	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	116,00	4*
00995	supplément A8-1 (PG-23)		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	210,00	
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	26,30	

		R = 1	R = 2
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	131,30	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	120,80	
00996	supplément A8-1		7
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	86,60	

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	40,50	1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
#00927	Contrôle subséquent, par visite (2*)	12,00	
	maximum par jour	48,00	
+ 41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite (2*)	20,40	
+	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	81,60	
+	NOTE : Les actes codés 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITES.

AVIS : (2*) SOINS D'URGENCE Voir la règle d'application n° 6.

	Niveau II		
+	Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	81,00	4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
#00991	Contrôle subséquent, par visite (2*)	12,00	
	maximum par jour	72,00	
+41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite (2*)	20,40	
+	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	122,40	
+	NOTE : Les actes codés 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie		
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.</i>		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible A8-1		8
	<u>AVIS :</u> <i>Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (Réf. : article 6 de l'Annexe 29).</i>		
00900	<i>Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient</i>	60,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, veuillez vous référer à la Règle 14 du Préambule général et à l'article 5.2 de l'Annexe 29.</i>		
#AVIS :	(2*) SOINS D'URGENCE Voir la règle d'application n° 6.		

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

- + Lorsque le cœur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du cœur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18 (MOD=036). 18*

AVIS : Lorsque le modificateur 036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.

TRANSPLANTATIONS

- 00932 Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base. 12*

DIVERS

- 00981 Anesthésie pour angioradiologie PG-23 6*
 00982 Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne 6*
 00954 Anesthésie pour électroconvulsothérapie 4*
 00986 Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur 4*
 00958 Anesthésie générale pour épiglottite PG-23 10*
 00971 Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale 4*
 00972 Anesthésie pour ablation de points de suture. 4*
 00974 Tamponnement nasal antérieur 4*
 00975 anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie 7*

 00973 Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie 10*
 anesthésie pour examen ophtalmologique :
 00955 sans intubation 5*
 00956 avec intubation 5*
 00976 anesthésie pour examen sous anesthésie générale. 4*
 00977 anesthésie pour circulation assistée 8*
 00978 anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire 8*
 00979 anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire 7*
 41031 anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans PG-23 10*
 00983 anesthésie pour télécobalthérapie 4*

00985	Monitoring d'un foetus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément.	1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.	10*

AVIS : *Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT*

41032	Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) "I" NOTE : L'acte codé 41032 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.	4*
-------	--	----

AVIS : *Le code d'acte 41032 est payable 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. Remplir les cases PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE ET ADRESSE (province 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.*

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273