

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE	E-2
Règle 1 - Honoraire global	E-2
Règle 2 - Visites	E-2
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	E-4
Règle 4 - Soins simultanés	E-4
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés	E-5
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire	E-5
Règle 7 - Séances opératoires distinctes	E-5
Règle 8 - Chirurgies multiples	E-6
Règle 9 - Chirurgies distinctes	E-8
Règle 10 - Assistance	E-8
Règle 11 - Forfait pour chirurgie oncologique complexe	E-9
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	E-10
Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatismes ou pour malformation congénitale complexe	E-11
# CHIRURGIE PLASTIQUE	E-13
# Règle 13 - Forfait pour chirurgie complexe	E-14
# NEUROCHIRURGIE	E-14
# Règle 14 - Forfait pour chirurgie oculaire complexe	E-15
# OPHTALMOLOGIE	E-15
# Règle 15 - Honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées pendant certaines heures	E-16
#ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE	E-17
# Règle 1 - Application	E-17
# Règle 2 - Description des nerfs	E-17
# Règle 3 - Tarification	E-17

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opérateurs ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au *Préambule général*.

AVIS : *Voir la règle 5 du Préambule général ainsi que la règle d'application n° 7.*

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : *Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, veuillez utiliser le modificateur 179.*

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence n'a pas à inscrire le modificateur 179 pour les services rendus à la salle d'urgence.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 51 \$ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Toutefois, pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour les chirurgies du système digestif, du système respiratoire (Section *Poumons et plèvre*) et du système cardiaque (Section *Appareil vasculaire non thoracique*), les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention. Toutefois, lorsque le médecin réclame les honoraires de plus d'un procédé chirurgical touchant plus d'un système, cette règle ne s'applique que si l'honoraire de la chirurgie du système digestif, du système respiratoire (Section *Poumons et plèvre*) et du système cardiaque (Section *Appareil vasculaire non thoracique*) est le plus élevé.

Ne sont pas visées les chirurgies dont le tarif est de 51 \$ ou moins.

Toutefois, dans les disciplines de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de la chirurgie générale, de la neurochirurgie, de l'obstétrique, de la gynécologie et de l'obstétrique-gynécologie, dans une unité de soins intensifs, le médecin a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires; le médecin qui confie le malade aux soins d'un autre médecin de la même discipline n'a pas droit au paiement de ces visites.

Également, en oto-rhino-laryngologie, le médecin a droit au paiement des visites de suivi aux soins intensifs suite à une chirurgie. La visite de suivi aux soins intensifs est la visite que le médecin oto-rhino-laryngologiste effectue auprès de son patient admis dans une unité de soins intensifs suite à une chirurgie.

RÉDACTION D'UN RAPPORT DE CONSULTATION

2.4 Le chirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion, a droit au paiement d'un supplément pour la rédaction de son rapport.

Ce supplément est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et s'ajoute au tarif de la visite principale. (1*)

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

2.5 Un supplément de consultation intradisciplinaire est accordé, pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un chirurgien de sa discipline pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation intradisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise. (1*)

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE

2.6 Un supplément de consultation interdisciplinaire est accordé pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un médecin spécialiste d'une autre discipline, pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation interdisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise. (1*)

AVIS : (1*) Voir sous l'onglet Consultation et examen, la page B-3.

- Utiliser les codes d'acte appropriés dans le tableau d'honoraires des visites selon la discipline du médecin.

CONSULTATION RÉGLEMENTAIRE

2.7 Aucun supplément n'est payé au chirurgien qui voit un malade dans le cadre d'une consultation prescrite par une réglementation interne de l'établissement hospitalier.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

- + **2.8** En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

Ce supplément de durée est payé pour la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée est également payé pour la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe. En ophtalmologie, ce supplément de durée est également payé pour la visite principale et pour la visite de contrôle d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général.

- # **AVIS :** *Fournir les notes explicatives et inscrire la durée de la visite dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*
- *Utiliser le code d'acte 09292, 15085, 15094, 15128, 16095, 16096 et 16097 dans le tableau d'honoraires des visites selon la discipline du médecin.*

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ET EN NEUROCHIRURGIE

2.9 Les dispositions des articles 2.4, 2.5 et 2.6 ne s'appliquent pas au chirurgien général et au neurochirurgien.

Quel que soit le médecin référant, le chirurgien général ou le neurochirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion a droit à un supplément de consultation déterminé selon le lieu de dispensation du service.

Le supplément s'ajoute au tarif de la visite principale.

RÈGLE 3. PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 4. SOINS SIMULTANÉS

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

RÈGLE 5. SOINS POST-OPÉRATOIRES CONFIÉS

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global (MOD=024).

AVIS : *Aux fins de facturation, le chirurgien doit inscrire dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT, le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins post-opératoires.*

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global (MOD=025); toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier (MOD=026).

AVIS : *Aux fins de facturation, le médecin qui réclame des frais post-opératoires doit facturer sous le même code d'acte que le chirurgien principal :*

- *inscrire dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT, le nom et le numéro du professionnel qui a pratiqué la chirurgie;*
- *inscrire la date de l'intervention et utiliser le MOD=025 ou MOD=026, selon la situation.*

RÈGLE 6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7. SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8. CHIRURGIES MULTIPLES

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif (MOD=050) les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir l'Annexe II sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

8.3 Un seul honoraire de la section *Appareil vasculaire non thoracique* est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 086 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

8.4 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

AVIS : *Utiliser le modificateur 122*

+ **8.5** De plus en ophtalmologie, sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre *APPAREIL VISUEL* et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : *Utiliser le modificateur 123, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, en situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent ou pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.*

AVIS : *Utiliser le modificateur 125, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, de l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.*

Règles 8.4 et 8.5 de l'Addendum 4

#		En ophtalmologie	Autres spécialités
	Même séance (8.4)		
	-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
	-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 122 (75 %)	---
	-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
	Séances différentes (8.5)		
	Non en urgence		
	-chirurgies multiples de l'appareil visuel, sauf examen de tomographie optique du globe oculaire ou d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 125 (75 %)	---
	-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
	-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---
	En situation d'urgence , en dehors des périodes ou les modificateurs d'urgence s'appliquent		
	-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 123 (100 %)	---
	-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
	-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---

RÈGLE 9. CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10. ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Cependant, le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

RÈGLE 11. FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie oncologique, de fracture cervico-faciale multiple complexe, de reconstruction cervico-faciale complexe ou de chirurgie oto-neurologique d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux..., voir le code d'acte 07251*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'**Annexe 15**.

AVIS : *Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes d'acte 01425 et 01426*

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 100 \$ de l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total

05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total

05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total

05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total

05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total

05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES .

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé et aucun modificateur n'est permis pour ces codes d'acte.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Voir les codes d'acte 05993, 05994, 05995, 05996, 05997 et 05998*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie oncologique complexe ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique (acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	926,10	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 157,60	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 742,30	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 991,10	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 488,90	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 235,60	18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes d'acte 01425 01426) par un médecin de la même discipline, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la Règle 9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*

AVIS : Voir la Règle 11 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*
 - *Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

RÈGLE 12.**FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR LES GRANDS TRAUMATISÉS OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou chez les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de six heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'*Annexe 15*. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses, le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

- # **AVIS** : *Pour la facturation de l'assistance chirurgicale, veuillez utiliser un des codes d'acte suivants et suivre les instructions de facturation appropriées :*

S'il s'agit d'assistance pour une durée anesthésiologique, le tarif pour l'assistance est de 100 \$ de l'heure. Pour demander ce tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

- 05908** assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;*
- 05909** assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;*
- 05910** assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;*
- 05911** assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.*

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- le code d'établissement dans la case appropriée;*
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;*
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;*
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;*
- inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse lors d'une assistance chirurgicale, veuillez utiliser un des codes suivants et le tarif identifié :

05912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 175 \$;

05906 si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément C.S.;

05913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 150 \$;

05907 si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément C.S.

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

De plus, pour les actes 05912 et 05913 :

- le nombre de microanastomoses dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL.

Pour les actes 05906 et 05907 avec un tarif C.S. :

- voir la Règle 16 du Préambule général;
- ne pas inscrire d'unités.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

R = 1 R = 2

CHIRURGIE PLASTIQUE

	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe	
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total . . .	2 000,00 18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 500,00 18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	3 000,00 18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 500,00 18
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	700,00
05914	si microanastomose vasculaire excédentaire supplément (1*)	C.S.
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2) supplément	600,00
05915	si microanastomose nerveuse excédentaire supplément (1*)	C.S.
	NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les actes codés 05914 et 05915.	

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du Préambule général

RÈGLE 13.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'actes 05954 à 05962

R = 1 R = 2

NEUROCHIRURGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie
seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 866,40	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 333,00	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 007,00	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- *Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Assistance opératoire :

05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	295,50	
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	492,50	
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	689,50	
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	886,50	
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 083,60	
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . .	1 182,10	

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du *Préambule général* s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- *Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

RÈGLE 14.**FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 100 \$ de l'heure.

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quart d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

05952 Assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie

05953 Assistance par quart d'heure additionnel

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

R = 1

R = 2

OPHTALMOLOGIE

	Forfait pour chirurgie oculaire complexe (acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie seulement)		
05950	durée opératoire d'une heure et demie	450,00	15
05951	par quart d'heure additionnel	75,00	

AVIS : Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie
 - *Inscrire l'heure de début et de fin de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 15.**HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES**

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie - **Annexe 6** de l'**Accord-cadre** et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 100 \$.

05916 Honoraire additionnel a. m. **100 \$**

AVIS : *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 20 \$.

05917 Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes **20 \$**

AVIS : *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case* UNITÉS *et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'**Accord-cadre** prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE**RÈGLE 1.
APPLICATION**

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscope; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

**RÈGLE 2.
DESCRIPTION DES NERFS**

2.1 On entend par « nerfs majeurs » les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

**RÈGLE 3.
TARIFICATION**

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).