

## INDEX

Page

ADDENDUM 5 - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE . . . . .	<b>G-2</b>
Crâne et face . . . . .	<b>G-5</b>
Squelette axial . . . . .	<b>G-7</b>
Colonne vertébrale . . . . .	<b>G-7</b>
Thorax . . . . .	<b>G-14</b>
Bassin . . . . .	<b>G-14</b>
Extrémités - membres supérieurs . . . . .	<b>G-16</b>
Épaule . . . . .	<b>G-16</b>
Bras (humérus) . . . . .	<b>G-20</b>
Coude . . . . .	<b>G-22</b>
Avant-bras . . . . .	<b>G-24</b>
Main et poignet . . . . .	<b>G-26</b>
Extrémités - membres inférieurs . . . . .	<b>G-32</b>
Hanche . . . . .	<b>G-32</b>
Cuisse . . . . .	<b>G-34</b>
Fémur . . . . .	<b>G-34</b>
Genou . . . . .	<b>G-37</b>
Tibia et péroné . . . . .	<b>G-40</b>
Cheville . . . . .	<b>G-43</b>
Pied . . . . .	<b>G-45</b>
Bourse séreuse . . . . .	<b>G-49</b>
Muscles . . . . .	<b>G-50</b>
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments . . . . .	<b>G-50</b>
Divers . . . . .	<b>G-53</b>
# Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence . . . . .	<b>G-56</b>
# Microanastomose . . . . .	<b>G-57</b>
# Forfait pour chirurgie oncologique complexe . . . . .	<b>G-57</b>

## G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

### ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

#### DÉFINITIONS

Dans ce préambule, on entend par les termes :

**Os mineur** : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

**Réduction ouverte** : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

**Réduction fermée** : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

#### RÈGLE 1.

**1.1** Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

**1.2** La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

**1.3** La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

**AVIS :** Voir les codes d'acte 15131 ou 15132 à l'onglet B Tarification des visites à la spécialité de chirurgie orthopédique.

#### RÈGLE 2.

**2.1** Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. (MOD=027)

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

#### RÈGLE 3.

**3.1** Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs. (MOD=010)

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

**3.2** Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction. (MOD=049)

- + Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=049)

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

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

#### **RÈGLE 4.**

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

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

#### **RÈGLE 5.**

**5.1** Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

#### **RÈGLE 6.**

**6.1** Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

#### **RÈGLE 7.**

**7.1** On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

**7.2** On accorde un honoraire de 63,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

**7.3** On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

#### **RÈGLE 8.**

**8.1** La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

#### **RÈGLE 9.**

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

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

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

**RÈGLE 10.  
FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgie oncologique d'une durée anesthésique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

**AVIS :** *Voir les codes d'acte 02188, 02189, 02192, 09566 et 09567.*

**RÈGLE 11.**

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

**RÈGLE 12.**

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

Le médecin doit joindre le rapport anatomo-pathologique.

**AVIS :** *Joindre le rapport anatomopathologique.*

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

**RÈGLE 13.**

**13.** Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

**AVIS :** *Voir les codes d'acte 19052, 18000 à 18006.*

**G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**

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

**CRÂNE ET FACE***Arthrocentèse*

18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28) . .	150,00	5
-------	---	--------	---

*Arthroplastie*

02339	temporo-mandibulaire unilatérale . . . . .	474,60	6
-------	--	--------	---

*Biopsie*

09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28) . . . . .	155,00	6
-------	--	--------	---

*Manipulation sous anesthésie générale*

02862	temporo-mandibulaire . . . . .	60,00	5
-------	--------------------------------	-------	---

*Excision*

02206	condylectomie unilatérale . . . . .	236,30	5
09551	tumeur bénigne (PG-28) . . . . .	274,00	6
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse .	376,00	7
02112	hémimandibulectomie . . . . .	300,00	7
02203	mandibulectomie totale . . . . .	450,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale . . . . .	450,00	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite . .	644,20	12
02207	ménissectomie temporo-mandibulaire . . . . .	287,60	5

*Fractures*

02512	arcade zygomatique : réduction ouverte . . . . .	105,40	5
	crâne traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		

		R = 1	R = 2
	fracture simple avec enfoncement		
+ 07500	dure-mère intacte . . . . .	422,40	10
07501	avec déchirure de la dure-mère . . . . .	467,90	10
07502	avec traumatisme cérébral important . . . . .	456,90	10
07503	intéressant les sinus . . . . .	550,00	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée . . . . .	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte . . . . .	370,00	10
07506	avec déchirure de la dure-mère . . . . .	463,00	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.) . . . . .	560,00	15
18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur . . . . .	200,00	4
18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur . . . . .	75,00	4
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre . . . . .	20,00	
02509	réduction fermée . . . . .	50,00	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale . . . . .	500,00	6
02521	bilatérale . . . . .	750,00	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle) . . . . .	210,90	5
02523	ménissectomie . . . . .	288,90	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde . . . . .	98,40	5
	maxillaire supérieur		
02508	réduction fermée . . . . .	50,00	5
02515	réduction ouverte . . . . .	165,00	7
02516	fracture 1/3 moyen de la face . . . . .	800,00	10
02518	disjonction crano-faciale . . . . .	600,00	12
	nez		
02527	réduction (PG-28) . . . . .	120,00	4
	os malaire		
02507	réduction fermée . . . . .	125,00	6
	réduction ouverte		
02513	simple . . . . .	200,00	5
02514	avec ostéosynthèse . . . . .	400,00	5
02522	par voie sinusale . . . . .	236,30	5
	<i>Incision et drainage</i>		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne . . . . .	472,50	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28) . . . . .	254,10	4
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (PG-28) . . . . .	60,00	5
02526	réduction ouverte . . . . .	130,00	5

		R = 1	R = 2
<b>Ostéotomie</b>			
02017	maxillaire inférieur unilatéral . . . . .	600,00	12
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28) . . . . .	550,00	10
02019	avec greffe osseuse . . . . .	700,00	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire . . . . .	450,00	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections . . . . .	736,30	10
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
+ 02089	par voie intracrânienne . . . . .	2 100,00	18
02090	par voie extracrânienne . . . . .	1 008,00	15
<b>Reconstruction</b>			
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (auto- greffe prise à un site différent de la zone à greffer) . . . . .	350,00	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28) . . . . .	349,00	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne . . . . .	2 202,00	18
02444	voie extracrânienne . . . . .	1 917,40	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses . . . . .	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse) . . . . .	1 675,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple . . . . .	1 100,00	15
02447	en deux segments . . . . .	1 200,00	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant . . . . .	1 365,00	18
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire . . .	450,00	8

**SQUELETTE AXIAL****COLONNE VERTÉBRALE**

+	NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche anté- rieure n'est pas incluse dans le taux du service.		
+ 02170	approche thoracique ou abdominale: . . . . .	200,00 \$	
+ 02171	approche thoraco-abdominale: . . . . .	400,00 \$	
	Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de Chirurgie.		

*Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe*

	greffe seulement		
+02915	un niveau . . . . .	700,00	10
+02916	deux niveaux . . . . .	700,00	10
+02917	trois niveaux ou plus . . . . .	800,00	12
	greffe avec instrumentation		
+02182	un niveau . . . . .	1 000,00	12
+02183	deux niveaux . . . . .	1 000,00	12
+02184	trois niveaux ou plus . . . . .	1 200,00	15
+02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées) . . . . .	350,00	6
+02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale) . . . . .	150,00	4

*Biopsie*

+02119	corps vertébral . . . . .	350,00	7
+02109	d'un élément postérieur . . . . .	200,00	4

*Décompression*

Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie

+02755	lombaire . . . . .	800,00	15
02758	dorsale ou cervicale . . . . .	800,00	15
+02763	avec greffe, supplément . . . . .	200,00	
+02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément . . . . .	500,00	
+02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément . . . . .	700,00	

NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».

	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
+02837	un niveau, supplément . . . . .	650,00	
+02838	deux niveaux ou plus, supplément . . . . .	750,00	

NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.

**Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant**

NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.

	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale ou dorsale		
+ 02210	un niveau . . . . .	596,20	12
+ 02217	deux niveaux ou plus . . . . .	699,90	12
	lombaire		
+ 02216	un niveau . . . . .	653,20	8
+	chaque niveau additionnel . . . . .	101,10	
	<b><u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.</b>		
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
+ 02910	un ou plusieurs niveaux . . . . .	975,50	12
	lombaire		
+ 02922	un niveau . . . . .	850,00	12
+ 02924	deux niveaux ou plus . . . . .	950,00	12
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
+ 02923	un ou plusieurs niveaux . . . . .	1 050,00	15
	lombaire		
+ 02022	un niveau . . . . .	1 050,00	12
+ 02024	deux niveaux ou plus . . . . .	1 150,00	15
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
+ 02173	un niveau . . . . .	777,70	12
+ 02196	deux niveaux ou plus . . . . .	985,10	12
	avec greffe et instrumentation		
+ 02140	un niveau . . . . .	855,40	15
+ 18133	deux niveaux ou plus . . . . .	1 114,70	15
	avec remplacement par prothèse artificielle		
+ 18134	un niveau . . . . .	985,10	15
+ 18135	deux niveaux . . . . .	1 244,30	15
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
+ 02087	un niveau . . . . .	650,00	12
+ 02111	deux niveaux ou plus . . . . .	750,00	12
	avec greffe		
+ 02117	un niveau . . . . .	850,00	12
02124	deux niveaux ou plus . . . . .	948,50	12
	avec greffe et instrumentation		
+ 02128	un niveau . . . . .	1 050,00	12
+ 02136	deux niveaux ou plus . . . . .	1 150,00	12
	avec remplacement par prothèse		
+ 02942	un niveau . . . . .	1 250,00	12
+ 02947	deux niveaux ou plus . . . . .	1 350,00	15

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+02123	apophyse épineuse.....	200,00	5
+02272	apophyse transverse.....	600,00	8
+02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux.....	1 000,00	12
+02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies.....	1 200,00	18
+02221	greffe et instrumentation, supplément.....	400,00	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément.....	545,00	
+02143	deux niveaux ou plus, supplément.....	750,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
<i>Exérèse</i>			
+02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	400,00	6
<i>Fracture - colonne</i>			
+	NOTE : Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur s'applique. (MOD=150)		
	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
+09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation).....	350,00	6
	réduction ouverte		
+09570	approche postérieure.....	650,00	18
+09571	approche postérieure avec greffe osseuse.....	850,00	18
+09572	approche postérieure avec instrumentation.....	1 000,00	18
+09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe ..	1 350,00	18
09574	approche antérieure.....	557,30	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse.....	813,00	18
+09576	approche antérieure avec instrumentation.....	1 000,00	18
+09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe ...	1 350,00	18

**AVIS** : Le modificateur 150 s'applique aux codes d'acte 09570 à 09577.

		R = 1	R = 2
+ 02226	vissage de l'odontoïde . . . . .	1 000,00	18
+ 02214	coccyx excision . . . . .	350,00	5
<i>Incision et drainage</i>			
+ 02044	séquestrectomie et drainage par voie antérieure . . . . .	650,00	10
+ 02045	par voie postérieure . . . . .	650,00	6
+ 02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse . . . . .	800,00	12
<i>Ostéotomie</i>			
+ 02025	de la colonne un niveau . . . . .	1 150,00	12
+	chaque niveau additionnel . . . . .	182,40	
+	maximum . . . . .	1 514,80	
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément . . . . .	338,70	
+ 02004	deux niveaux, supplément . . . . .	200,00	
02005	trois niveaux ou plus, supplément . . . . .	406,50	
	avec greffe et instrumentation		
+ 02133	un niveau, supplément . . . . .	500,00	
02134	deux niveaux, supplément . . . . .	474,20	
+ 02135	trois niveaux ou plus, supplément . . . . .	600,00	
<b><u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.</b>			
<i>Ponction (aspiration, injection)</i>			
+ 02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour . . . . .	250,00	6
02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour . . . . .	338,70	6

**Scoliose**

	correction par approche postérieure du rachis sans instrumentation (in situ)		
+ 02450	premier niveau . . . . .	700,00	12
+	niveau additionnel . . . . .	134,70	
+	maximum . . . . .	834,70	

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

+ 02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant . . .	2 000,00	18
+ 02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément . . . . .	200,00	

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

	correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation		
+ 02458	thoracique ou abdominale . . . . .	700,00	15
+ 02459	thoraco-abdominale . . . . .	850,00	18
+ 02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément . . . . .	150,00	
	avec instrumentation		
+ 02461	thoracique ou abdominale . . . . .	2 000,00	15
+ 02462	thoraco-abdominale . . . . .	2 000,00	18
+ 02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément . . . . .	150,00	

	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
+ 02228	premier niveau . . . . .	700,00	12
+ 02229	par niveau relâché et greffé, supplément . . . . .	200,00	

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

	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
+ 02283	temps antérieur . . . . .	1 200,00	18
+ 02284	temps postérieur . . . . .	1 000,00	18
+ 02293	temps combinés . . . . .	2 200,00	18
+ 02340	avec instrumentation et greffe, supplément . . . . .	500,00	
+ 02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose . . . . .	550,00	8
+ 02399	relâchement musculotendineux de la concavité . . . . .	274,80	6

NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

		R = 1	R = 2
+ 02362	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
	un niveau . . . . .	700,00	6
+	niveau additionnel . . . . .	182,40	
	<b><u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS</b>		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie . . . . .	397,00	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myé- loméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'exci- sion de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc. . . . .	925,00	18
	tractions pour scoliose		
+ 02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécu- tive . . . . .	150,00	
+ 02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance . . . . .	350,00	7
+ 09555	exérèse de l'appareillage . . . . .	100,00	5
+ 02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis . .	200,00	

		R = 1	R = 2
<b>THORAX</b>			
<i>Biopsie</i>			
02066	costale ouverte . . . . .	180,00	6
<i>Excision</i>			
02114	de première côte . . . . .	320,00	6
02116	de côte cervicale . . . . .	336,00	6
02167	de côte avec drainage exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) . . . . .	315,00	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction . . . . .	823,20	10
<i>Fracture</i>			
02539	de côtes, avec complication . . . . .	C.S.	8
<b><u>AVIS</u> : Voir la règle 16 du préambule général.</b>			
02533	du sternum réduction fermée . . . . .	140,60	4
02535	réduction ouverte . . . . .	182,00	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique . . . . .	310,00	7
<i>Reconstruction</i>			
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondroplastie) . . . . .	806,40	15
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale . . . . .	162,80	6
<b>BASSIN</b>			
<i>Amputation</i>			
02215	hémipelvectomy . . . . .	960,00	15
09560	hémipelvectomy avec greffe du bassin . . . . .	2 626,80	18
<i>Arthrodèse</i>			
+02935	sacro-iliaque . . . . .	600,00	8
<i>Biopsie osseuse</i>			
+02062	ouverte . . . . .	250,00	5
<i>Désinsertion</i>			
+02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter) . . . . .	350,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 02130	tumeur bénigne sans greffe . . . . .	450,00	8
+ 02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	600,00	10
+ 02132	tumeur maligne sans greffe . . . . .	600,00	8
+ 02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	750,00	10
<i>Exérèse</i>			
+ 18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum . . . . .	350,00	8
+ 18080	de vis, bassin ou acétabulum . . . . .	200,00	6
<i>Fractures</i>			
	symphyse pubienne		
	réduction ouverte		
+ 18081	avec fixateur externe . . . . .	550,00	7
+ 18082	avec plaque et vis . . . . .	700,00	7
	fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque extra-articulaire		
+ 18083	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	750,00	7
+ 02572	réduction ouverte . . . . .	950,00	8
	acétabulum		
+ 02581	réduction fermée, luxation centrale . . . . .	250,00	6
+ 18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé . . . . .	1 000,00	8
+ 02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe . . . . .	1 950,00	18
	fracture de une ou deux colonnes		
+ 18085	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	900,00	8
	NOTE : L'acte codé 18085 ne peut pas être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.		
	réduction ouverte		
+ 18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis . . . . .	1 400,00	15
+ 18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords . . . . .	1 700,00	15
+ 02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaine) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe . . . . .	1 950,00	18
<i>Greffe osseuse</i>			
+ 02774	greffe osseuse au bassin . . . . .	373,30	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

		R = 1	R = 2
<i>Incision et drainage</i>			
+ 18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe . . . . .	300,00	5
<i>Ostéotomie</i>			
+ 02000	type Salter . . . . .	850,00	6
+ 02001	type Chiari ou « shelf » . . . . .	1 000,00	8
+ 02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie) . . . . .	1 350,00	18
<b>EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS</b>			
<b>ÉPAULE</b>			
<i>Amputation</i>			
+ 02281	désarticulation gléno-humérale . . . . .	700,00	6
+ 02282	désarticulation interscapulo-thoracique . . . . .	1 100,00	10
<i>Arthrodèse</i>			
+ 02925	gléno-humérale . . . . .	1 000,00	10
02965	scapulo-thoracique . . . . .	948,50	10
<i>Arthrolyse</i>			
+ 02973	gléno-humérale, toute technique . . . . .	450,00	8
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<i>Arthroplastie</i>			
+ 02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale . . . . .	700,00	10
+ 02407	prothèse totale gléno-humérale . . . . .	1 000,00	12
<i>Arthroplastie de remplacement</i>			
+ 18139	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire . . . . .	600,00	10
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
+ 18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre) . . . . .	1 300,00	15
+ 18090	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . . . . .	1 050,00	12
+ 18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) . . . . .	1 050,00	12

		R = 1	R = 2
+ 18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant) . . . . .	700,00	10
+ 18093	remplacement de la composante humérale complète seulement . . . . .	850,00	12
+ 18094	avec allogreffe en bloc à l'humérus ou à la glène, supplément . . . . .	300,00	3
+ 18095	avec allogreffe en bloc à l'humérus et à la glène, supplément . . . . .	450,00	4
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 18094 et 18095.		

**Arthroscopie**

+ 02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage . . . . .	250,00	5
+ 02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger . . . . .	300,00	6

**Arthrotomie**

+ 02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire : gléno-humérale . . . . .	350,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

**Biopsie**

+ 02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille . . . . .	150,00	4
+ 02085	ouverte . . . . .	250,00	6

**Examen et manipulation**

+ 02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire . . . . .	150,00	4
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

**Excision**

+02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux . . . . .	350,00	6
+02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant . . . . .	350,00	6
02220	tête humérale. . . . .	338,70	6
+02778	tumeur bénigne de la clavicule sans greffe . . . . .	350,00	6
+18140	tumeur bénigne de l'omoplate, sans greffe, incluant, le cas échéant, l'excision de l'os omo-vertébral . . . . .	450,00	6
+02779	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	450,00	6
+02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe . . . . .	550,00	7
+02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	750,00	8

**Exérèse**

+02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28) .	150,00	5
	<b><u>AVIS</u> : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</b>		
+02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate . . . . .	200,00	6
+02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie . . . . .	550,00	6
+02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie . . . . .	700,00	6

**Fracture**

+02537	clavicule réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie. . . . .	450,00	6
+	omoplate réduction ouverte		
+02536	col ou glène, une approche . . . . .	700,00	7
+18141	col ou glène, deux approches . . . . .	850,00	8

**Grefe**

+02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate . . .	300,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site.		

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
	acromio-claviculaire		
18096	réduction fermée et fixation percutanée. . . . .	200,00	5
02548	réduction ouverte . . . . .	450,00	6
	gléno-humérale		
02546	réduction fermée (PG-28) . . . . .	113,00	5
02549	réduction ouverte . . . . .	650,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site.		
	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt. . . . .	450,00	6
02575	de type Bankart ou Bristow. . . . .	650,00	6
18097	fixation transosseuse de lésion « slap » . . . . .	450,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante . . . . .	750,00	6
18142	si greffe osseuse à la tête humérale ou glène, supplément . . . . .	100,00	
	sterno-claviculaire		
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire . . . . .	150,00	5
02547	réduction ouverte . . . . .	450,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
02095	clavicule . . . . .	450,00	6
02094	omoplate . . . . .	650,00	6
<i>Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant</i>			
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon . . . . .	350,00	6
02145	pour rupture du tendon du biceps distal. . . . .	450,00	6
	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie . . . . .	650,00	6
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément . . . . .	50,00	
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant. . . . .	550,00	6
<i>Scapulopexie</i>			
02344	pour élévation congénitale (scapula alata) . . . . .	850,00	8
<i>Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)</i>			
02231	gléno-humérale . . . . .	600,00	7
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

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

02892	Allongement avec ou sans greffe . . . . .	1 300,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau . . . . .	900,00	12
02840	deux niveaux . . . . .	1 227,10	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie . . . . .	1 100,00	12

*Amputation*

02280	au bras . . . . .	500,00	5
-------	-------------------	--------	---

*Biopsie osseuse*

02174	à l'aiguille . . . . .	150,00	5
02175	ouverte . . . . .	250,00	5

*Excision*

	tumeur bénigne		
02176	sans greffe . . . . .	250,00	6
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	600,00	6
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction . . . .	930,60	15
	tumeur maligne		
02178	sans greffe . . . . .	700,00	7
02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	850,00	8
02181	extensive avec reconstruction . . . . .	1 200,00	15
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction . . . .	1 600,00	18
+02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément . . . . .	300,00	6
----	excision de la tête humérale . . . . . (Voir épaule)		

		R = 1	R = 2
<b>Exérèse</b>			
+ 02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28) . . . . .	150,00	6
	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>		
+ 02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux . . . . .	300,00	6
+ 02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant . . . . .	350,00	6
<b>Fasciotomie</b>			
+ 02011	au bras . . . . .	300,00	6
<b>Fractures</b>			
	col chirurgical sans luxation de la tête		
+ 02605	réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 02568	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	400,00	7
+ 02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant . . . . .	700,00	7
	col chirurgical avec luxation de la tête		
+ 02606	réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	200,00	7
+ 02598	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	400,00	6
+ 02631	réduction ouverte . . . . .	700,00	7
+ 02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse . . . . .	950,00	8
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
	trochin-trochiter		
+ 02632	réduction ouverte . . . . .	450,00	7
	diaphyse		
+ 02608	réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	200,00	6
	réduction ouverte :		
+ 02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe . . . . .	700,00	7
+ 18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé . . . . .	600,00	7
+ 18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, une vis ou plus, supplément . . . . .	100,00	2
	sus ou transcondylienne ou trochlée		
+ 02609	réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	200,00	6
+ 02640	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	400,00	6
+ 02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane . . . . .	800,00	7
	condyle, épicondyle ou épitrochlée		
+ 02610	réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 02912	réduction fermée et fixation percutanée . . . . .	300,00	7
+ 02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée . . . . .	350,00	7
+ 02921	réduction ouverte du condyle . . . . .	450,00	7

		R = 1	R = 2
<b>Greffe osseuse</b>			
+ 02363	humérus. . . . .	450,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<b>Incision et drainage</b>			
+ 02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite . . . . .	550,00	6
<b>Ostéotomie</b>			
+ 02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement incluant, le cas échéant, ROFI et greffe . . . . .	800,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<b>COUDE</b>			
<b>Amputation</b>			
+ 02279	désarticulation au coude . . . . .	500,00	4
<b>Arthrodèse</b>			
+ 02927	du coude . . . . .	800,00	6
<b>Arthroplastie</b>			
+ 18143	d'interposition par fascia (allogreffe) . . . . .	700,00	8
+ 18144	dermaplastie d'interposition incluant le positionnement du fixateur externe et, le cas échéant, le prélèvement des greffes. . . . .	1 000,00	8
+	NOTE : Les actes codés 18143 et 18144 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Muscolo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
+ 02404	par prothèse totale . . . . .	1 000,00	8
+	<b>Arthroplastie de remplacement</b>		
+ 18145	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie et le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire . . . . .	600,00	7
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Muscolo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
+ 18146	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et cubitale et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou cubitale ou la fenêtre) . . . . .	1 300,00	12

		R = 1	R = 2
+	en deux temps :		
+ 18147	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . . . . .	1 050,00	10
+ 18148	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) . . . . .	1 050,00	10
+ 18149	avec allogreffe en bloc à l'humérus ou au cubitus, supplément . . . . .	300,00	3
+ 18150	avec allogreffe en bloc à l'humérus et au cubitus, supplément . . . . .	450,00	4
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 18149 et 18150.		
<b>Arthrotomie</b>			
+ 02039	du coude incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger (souris articulaire) . . . . .	350,00	5
+ 02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28) . . . . .	550,00	8
+ 02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) . . . . .	1 200,00	12
<b>Arthroscopie</b>			
+ 02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28) . . . . .	250,00	5
+ 02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire . . . . .	300,00	5
	NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+ 02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale . . . . .	550,00	8
<b>Désinsertion</b>			
+ 02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28) . . . . .	200,00	5
<b>Examen et manipulation</b>			
+ 02834	Examen et manipulation (SAG) . . . . .	150,00	4
	NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<b>Excision</b>			
+ 02222	tête radiale . . . . .	350,00	6
+ 02230	tête radiale avec remplacement . . . . .	450,00	6
<b>Exérèse</b>			
+ 02989	de prothèse totale . . . . .	700,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
+ 02662	réduction fermée (PG-28) . . . . .	150,00	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
+ 18035	ligament interne ou externe . . . . .	450,00	5
+ 18036	ligaments interne et externe . . . . .	650,00	5
+ 18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément . . . . .	200,00	
+ 18151	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante excluant la réparation ligamentaire . . . . .	319,60	5
+	NOTE : Le service médical codé 18151 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28) . . . . .	113,00	4
<i>Reconstruction</i>			
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
+ 18038	ligament interne ou externe . . . . .	550,00	6
+ 18039	ligaments interne et externe . . . . .	700,00	6
+ 18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément . . . . .	150,00	
<i>Synovectomie</i>			
+ 02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28) . . . . .	600,00	6
+	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<b>AVANT-BRAS</b>			
<i>Amputation</i>			
+ 02278	amputation . . . . .	500,00	4
<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>			
+ 02991	à l'aiguille . . . . .	150,00	4
+ 02992	ouverte . . . . .	250,00	6
<i>Excision</i>			
+ 09548	olécrane avec ou sans fascia plastie . . . . .	250,00	6
	tumeur - radius ou cubitus		
+ 02993	tumeur bénigne (PG-28) . . . . .	200,00	8
+ 02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	600,00	8
+ 02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe . . . . .	1 000,00	12

		R = 1	R = 2
+ 02995	tumeur maligne . . . . .	650,00	8
+ 02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	850,00	8
+ 02997	résection extensive et reconstruction . . . . .	1 000,00	15
02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe . . . . .	1 082,70	15
02723	avec prothèse, supplément. . . . .	210,90	2

**Exérèse**

+ 02315	plaque et vis - radius (PG-28) . . . . .	250,00	6
+ 02314	plaque et vis - cubitus . . . . .	200,00	6
+ 02316	plaque et vis - radius et cubitus . . . . .	350,00	6
+ 02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) (1*) . . . . .	150,00	5
+ 02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) (1*) . . . . .	200,00	5

**Fasciotomie**

+ 02020	un compartiment . . . . .	350,00	6
+ 02021	deux ou plusieurs compartiments . . . . .	400,00	6

**Fractures**

+	de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius ou olécrane		
+ 18041	réduction fermée avec anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 18042	réduction ouverte . . . . .	400,00	8
+ 18064	fracture - épiphyse distale radius		
	réduction fermée avec anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28) . . . . .	150,00	6
+	réduction ouverte		
+ 18065	une incision. . . . .	500,00	8
+ 18152	deux incisions. . . . .	650,00	8
	fracture - radius et cubitus		
+ 02651	réduction fermée avec anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28) . . . . .	150,00	5
+ 02652	réduction ouverte . . . . .	650,00	8
	réduction fermée et fixation par broche(s)		
+ 18043	radius ou cubitus proximal ou distal . . . . .	200,00	6

**Grefe**

+ 02359	cubitus . . . . .	300,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+ 02358	radius . . . . .	350,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

(1\*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
02360	radius et cubitus . . . . .	437,20	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>		
+ 02904	radius ou cubitus . . . . .	400,00	6
+ 02905	radius et cubitus . . . . .	550,00	8
	<i>Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</i>		
+ 02906	radius ou cubitus . . . . .	450,00	6
+ 02907	radius et cubitus . . . . .	650,00	8
+ 02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie . . . . .	1 300,00	12
	<i>Reconstruction</i>		
+ 02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras) . . . . .	850,00	8
	<b>MAIN ET POIGNET</b>		
	<i>Amputation</i>		
+ 02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28) . . . . .	250,00	6
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28) . . . . .	255,70	6
+ 02276	désarticulation du poignet (PG-28) . . . . .	500,00	6
	<i>Allongement</i>		
+ 02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 750,00 \$) (PG-28) . . . . .	250,00	5
	<i>Arthrodèse</i>		
+ 02928	pouce (PG-28) . . . . .	350,00	6
+ 02929	doigt (PG-28) . . . . .	300,00	6
+ 18153	partielle du poignet intercarpienne (PG-28) . . . . .	600,00	6
+ 02926	totale du poignet (PG-28) . . . . .	800,00	6
+	NOTE : Les services médicaux codés 18153 et 02926 ne peuvent être facturés avec un autre acte au carpe ou au poignet à la même séance.		
	<i>Arthrolyse</i>		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28) . . . . .	662,00	12

		R = 1	R = 2
<b>Arthroplastie</b>			
18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse. . . . .	450,00	7
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (PG-28) . . . . .	490,00	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28) . . . . .	300,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28) . . . . .	1 000,00	8
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28) . . . . .	550,00	7
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28) . . . . .	355,00	7
<b>Arthroplastie de remplacement</b>			
18154	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire . . . . .	600,00	7
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <b>Musculo-squelettique</b> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
18155	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse radio-carpienne et, le cas échéant, l'ostéotomie radiale ou la fenêtre) . . . . .	1 300,00	12
	en deux temps :		
18156	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . . . . .	1 050,00	10
18157	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) . . . . .	1 050,00	10
#	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <b>Musculo-squelettique</b> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
<b>Arthroscopie</b>			
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28) . . . . .	200,00	5
02958	avec débridement, supplément . . . . .	150,00	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément . . . . .	200,00	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.		

**Arthrotomie ou capsulotomie avec, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation**

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

02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . . . .	180,00	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28) . . . . .	180,00	6
02038	poignet (PG-28) . . . . .	338,70	5

**Biopsie**

02934	à l'aiguille, main et poignet . . . . .	51,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28) . . . . .	105,00	6

**Décompression**

02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28) . . . . .	150,00	4
-------	---	--------	---

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

**AVIS :** Voir la règle 16 du Préambule général.

02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28) . . . . .	225,00	5
-------	--	--------	---

**Excision**

02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28) . . . . .	205,00	6
18158	excision de tous les os de la rangée proximale du carpe	511,30	8
02895	ménissectomie radio-cubitale . . . . .	300,00	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28) . . . . .	250,00	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28) . . . . .	200,00	6
02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28) . . . . .	300,00	6
02785	carpe (PG-28) . . . . .	200,00	6
02786	carpe avec greffe (PG-28) . . . . .	400,00	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28) . . . . .	280,00	6
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28) . . . . .	300,00	7
02789	carpe (PG-28) . . . . .	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28) . . . . .	536,90	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28) . . . . .	560,00	15

**Exérèse**

	prothèse		
+ 02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	150,00	6
+ 02650	carpe (PG-28) . . . . .	250,00	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28) . . . . .	115,50	6

**AVIS** : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

**Fractures ou luxation**

	carpe, métacarpe		
+ 18045	réduction fermée avec anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 18046	chacune additionnelle pour la même main . . . . .	30,00	

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

+ 18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28) . . . . .	60,00	
	réduction ouverte		
+ 18048	avec broche de "Kirchsner" (PG-28) . . . . .	250,00	6
+ 18102	avec plaque et vis (PG-28) . . . . .	400,00	6
	phalange		
+ 18049	réduction fermée avec anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28) . . . . .	150,00	5
+ 18050	chacune additionnelle pour la même main . . . . .	30,00	

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

+ 18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28) . . . . .	60,00	
	réduction ouverte		
+ 18052	avec broche de "Kirchsner" (PG-28) . . . . .	250,00	6
+ 18103	avec plaque et vis (PG-28) . . . . .	300,00	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
+ 18053	réduction ouverte (PG-28) . . . . .	450,00	6

*Fascia*

02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 210,00 \$) (1*) . . . . .	105,00	6
<b>AVIS :</b> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.</i>			
	pour maladie de Dupuytren . . . . .		
+ 18136	fasciotomie percutanée palmaire . . . . .	148,80	5
+ 18137	fasciotomie percutanée digitale . . . . .	170,90	5
+ 02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28) . . . . .	255,00	7
+ 02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28) . . . . .	310,00	7
NOTE : Si réintervention pour récurrence des actes codés 02125 ou 02126, une majoration de 50 % est applicable.			

**AVIS :** *Afin de facturer la majoration de 50 %, veuillez utiliser les codes d'acte suivants :*

# 18115	pour maladie de Dupuytren réintervention pour récurrence - fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28) . . . . .	382,50	7
# 18116	réintervention pour récurrence - fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28) . . . . .	465,00	7

*Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux*

02658	métacarpe, phalange (PG-28) . . . . .	205,00	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (PG-28) . . . . .	218,60	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
+ 02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28) . . . . .	550,00	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
+ 18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément . . . . .	150,00	

*Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation*

02698	phalange, métacarpien (PG-28) . . . . .	105,00	6
+ 02699	carpe (PG-28) . . . . .	250,00	7
+ 02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28) . . . . .	150,00	6

**AVIS :** (1\*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie générale</i>			
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . . . .	21,00	5
02835	poignet (PG-28) . . . . .	150,00	4
<i>Ostéotomie de correction</i>			
02706	phalange proximale (PG-28) . . . . .	200,00	5
02713	phalange moyenne (PG-28) . . . . .	200,00	5
02717	phalange distale (PG-28) . . . . .	120,00	5
02718	métacarpe (PG-28) . . . . .	200,00	5
18055	ROFI, supplément . . . . .	100,00	
<i>Réparation, toute technique</i>			
02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28) . . . . .	180,00	6
02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28) . . . . .	300,00	6
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
02726	métacarpo-phalangienne (PG-28) . . . . .	205,00	6
02160	poignet avec greffe de tissus (PG-28) . . . . .	400,00	6
<i>Synovectomie</i>			
02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . . . .	105,00	6
02741	poignet (PG-28) . . . . .	205,00	7
<i>Syndactylie</i>			
02377	avec greffe de commissure (PG-28) . . . . .	360,00	5
<i>Ténotomie correctrice</i>			
02050	un doigt (PG-28) . . . . .	150,00	6
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28) . . . . .	150,00	6

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

02296	désarticulation de la hanche. . . . .	1 000,00	12
-------	---------------------------------------	----------	----

*Arthrodèse*

02936	primaire . . . . .	1 000,00	12
02930	post résection de tête fémorale . . . . .	1 300,00	15

*Arthroscopie*

02419	arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28) . . . . .	500,00	5
18104	si réinsertion osseuse de labrum, supplément . . . . .	250,00	

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

02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) . . . . .	700,00	10
02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse . . . . .	800,00	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire) . . . . .	1 000,00	12
02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale . . . . .	1 150,00	12
02614	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant. . . . .	1 400,00	18

*Arthroplastie de remplacement*

18159	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire. . . . .	600,00	10
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
#09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre) . . . . .	1 300,00	15
#	en deux temps :		
#02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) . . . . .	1 050,00	12
#02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) . . . . .	1 050,00	12
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant) . . . . .	700,00	10

		R = 1	R = 2
+02260	remplacement de composante fémorale complète seulement . . . . .	850,00	12
+09599	avec allogreffe en bloc au fémur ou à l'acétabulum, supplément . . . . .	300,00	3
+18011	avec allogreffe en bloc au fémur et à l'acétabulum, supplément . . . . .	450,00	4
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 09599 et 18011.		

**Arthrotomie**

+02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation . . . . .	550,00	5
--------	--	--------	---

**Excision**

Voir tumeur ou site anatomique

**Exérèse de prothèse** (incluant la synovectomie)

+02320	prothèse simple . . . . .	550,00	6
+02321	prothèse totale . . . . .	700,00	8
+02794	clous ou vis . . . . .	250,00	6
+02795	clou-plaque, plaque et vis . . . . .	350,00	7

**Luxation**

	traumatique		
02619	réduction fermée sans anesthésie (PG-28) . . . . .	147,60	
+02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (PG-28). . . . .	250,00	6
+02757	réduction ouverte . . . . .	700,00	8
	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
+02747	unilatérale . . . . .	400,00	6
+02748	bilatérale . . . . .	450,00	6
02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation . . . . .	948,50	8
+02700	réduction ouverte (incluant spica) . . . . .	850,00	8
+02500	avec ostéotomie du bassin . . . . .	1 000,00	10
+02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur. . . . .	1 200,00	15

**Examen et manipulation**

+02849	sous anesthésie régionale ou générale. . . . .	150,00	5
+	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

		R = 1	R = 2
<i>Synovectomie</i>			
+ 02252	complète . . . . .	600,00	8
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		
<i>Ténotomie</i>			
	adducteurs		
+ 02074	fermée . . . . .	150,00	4
+ 02079	ouverte . . . . .	200,00	5
+ 02081	psoas . . . . .	250,00	5
+ 02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions . . . . .	600,00	6
<i>Transposition et réinsertion tendineuse</i>			
+ 02433	psoas-iliaque . . . . .	900,00	8
<b>CUISSE</b>			
+ 02434	allongement ou section du fascia lata . . . . .	200,00	5
02295	amputation de la cuisse . . . . .	441,00	7
+ 02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse) . . . . .	850,00	8
+ 02041	fasciotomie fémorale . . . . .	350,00	5
<b>FÉMUR</b>			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
	Allongement		
+ 02349	avec ou sans greffe . . . . .	1 200,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
	un niveau . . . . .	1 300,00	15
+ 02376	deux niveaux . . . . .	1 411,20	18
02378			
+ 02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie . . . . .	1 150,00	12
+ 02484	fasciectomie préalable à l'allongement . . . . .	350,00	6
<i>Biopsie</i>			
+ 02796	à l'aiguille . . . . .	150,00	5
+ 02797	ouverte . . . . .	250,00	6
+ 02719	forage et décompression de la tête fémorale . . . . .	400,00	6
+ 02720	avec greffe osseuse, supplément . . . . .	150,00	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Épiphysiodèse</i>			
+ 02950	fémur par greffe . . . . .	600,00	6
+ 02952	fémur et tibia par greffe . . . . .	700,00	6
+ 02953	fémur par crampons (agrafe) . . . . .	550,00	6
+ 02955	fémur et tibia par crampons (agrafe) . . . . .	600,00	6
+ 02798	grand trochanter . . . . .	350,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 02240	tête et col . . . . .	600,00	6
	tumeur bénigne col et/ou tête		
+ 02799	sans greffe . . . . .	700,00	8
+ 02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. . . . .	850,00	8
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+ 02802	sans greffe . . . . .	350,00	8
+ 02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. . . . .	700,00	8
+ 02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire . . . . .	1 400,00	15
	tumeur maligne		
+ 02808	sans greffe . . . . .	700,00	8
+ 02811	avec greffe ou remplacement par prothèse . . . . .	850,00	8
+ 02812	réséction extensive et reconstruction . . . . .	1 600,00	15
+ 02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction . . . . .	1 600,00	18
+ 02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément . . . . .	300,00	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
+ 02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis . . . . .	200,00	6
+ 02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis . . . . .	350,00	5
+ 02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément . . . . .	50,00	3
<i>Fracture</i>			
	col		
+ 18105	réduction fermée . . . . .	350,00	6
	réduction ouverte		
+ 02687	vis percutanée . . . . .	550,00	10
+ 02716	clou et plaque . . . . .	700,00	10
+ 02714	greffe pédiculée de Judet, etc. . . . .	850,00	10
+ 02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée . . . . .	700,00	10
+ 02689	par prothèse cimentée, supplément . . . . .	100,00	
	intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous trochantérienne		
+ 18106	réduction fermée . . . . .	350,00	6
+ 02742	réduction ouverte . . . . .	700,00	10
	diaphyse		
+ 02690	réduction fermée avec ou sans anesthésie (PG-28) . . . . .	350,00	6
	<b><u>AVIS</u> : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.</b>		
+ 18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur. . . . .	150,00	5

		R = 1	R = 2
+ 02673	réduction ouverte fixation interne ou externe . . . . .	850,00	10
+ 09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne . . . . .	850,00	10
+ 09590	verrouillage distal une vis ou plus, supplément . . . . .	100,00	2
+ 18107	transcondylienne et/ou sus-condylienne réduction ouverte fixation interne ou externe ou les déux . . . . .	850,00	10
<b>Grefe</b>			
+ 02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage . . . . .	450,00	8
	NOTE : L'acte codé 02412 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<b>Incision</b>			
+ 18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation . . . . .	550,00	6
<b>Ostéotomie</b>			
+ 02091	col fémoral . . . . .	1 000,00	10
+ 02092	métaphyse ou diaphyse, fémur . . . . .	850,00	8
	NOTE : Les actes codés 02091 et 02092 ne peuvent pas être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<b>Raccourcissement de l'os</b>			
+ 02405	avec ou sans greffe . . . . .	1 000,00	10
	NOTE : L'acte codé 02405 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<b>Transfert ou transposition</b>			
+ 02625	grand trochanter seul . . . . .	750,00	5
	NOTE : L'acte codé 02625 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<b>Plastie</b>			
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo-nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness) . . . . .	2 102,70	18

**GENOU***Amputation*

+ 02294	désarticulation du genou . . . . .	500,00	5
---------	------------------------------------	--------	---

*Arthrodèse*

+ 02937	simple . . . . .	1 000,00	8
+ 02966	postarthroplastie, incluant l'exérèse du matériel et le mode de fixation ou toute forme de fixation et, le cas échéant, la greffe osseuse . . . . .	1 300,00	12

*Arthrolyse*

	directe		
+ 18013	par arthroscopie . . . . .	400,00	5
+ 18014	par voie ouverte . . . . .	600,00	7
+ 02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	1 300,00	12

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

+ 02492	prothèse totale unicompartimentale . . . . .	900,00	12
+ 02403	prothèse totale bicompartmentale . . . . .	1 000,00	12

*Arthroplastie de remplacement*

+			
+ 18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire . . . . .	700,00	10
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
+ 18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre) . . . . .	1 300,00	15
+	en deux temps :		
+ 18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) . . . . .	1 050,00	12
+ 18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) . . . . .	1 050,00	12
+ 18015	changement de polyéthylène seulement . . . . .	550,00	7
+ 02487	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément . . . . .	300,00	3
+ 02391	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément . . . . .	300,00	3
+ 02392	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément . . . . .	500,00	3

		R = 1	R = 2
+02393	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément. . . . .	500,00	3
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.		
+02498	prothèse rotule seulement. . . . .	550,00	6
+02499	par allogreffe au fémur distal . . . . .	1 050,00	10
02442	par allogreffe au tibia proximal . . . . .	1 082,70	10
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia) . . . . .	1 265,50	15
<b>Arthroscopie</b>			
+02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28) . . . . .	250,00	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28): ménisectomie débridement artulaire section de l'aileron externe		
+	exérèse de souris ou de corps étranger . . . . .	300,00	5
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
<b>Arthrotomie ou capsulotomie</b>			
+02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris artulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe. . . . .	350,00	6
<b>Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse</b>			
+02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant. . . . .	200,00	6
	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>		
+09539	prothèse totale du genou incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement artulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire . . . . .	700,00	12
+09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement artulaire . . . . .	400,00	6
<b>Excision</b>			
+02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite. . . . .	400,00	6
+18017	tumeur dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure . . . . .	500,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Fracture rotule</i>			
+ 09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous. . . . .	550,00	6
+ 02680	fixation de fragment ostéocondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche . . . . .	450,00	6
<i>Greffe ostéocondrale</i>			
+ 02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéocondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche. NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.	450,00	5
<i>Luxation</i>			
+ 02737	genou réduction fermée incluant la surveillance (PG-28) . . . . .	250,00	6
02749	rotule réduction fermée (PG-28) . . . . .	110,00	6
+ 02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous . . . . .	450,00	6
+ 02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant. . . . .	550,00	7
<i>Réparation et reconstruction ligamentaire</i>			
+ 18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique . . . . .	500,00	5
+ 18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément . . . . .	200,00	3
Reconstruction du ligament, toute technique			
+ 18020	croisé antérieur . . . . .	600,00	8
+ 18021	croisé postérieur . . . . .	850,00	10
+ 18022	croisés antérieur et postérieur . . . . .	1 250,00	15
+ 18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément . . . . .	350,00	3
+ 18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément . . . . .	200,00	3
+ 18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément . . . . .	200,00	3
+ 18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique . . . . .	500,00	6
+ 18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément . . . . .	200,00	3
+ 18028	chaque ménisectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément . . . . .	100,00	1
+ 18029	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément . . . . .	200,00	2

		R = 1	R = 2
+ 18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément . . . . .	250,00	3
	NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		
<b>Suture</b>			
+ 02822	un ménisque, toute voie d'approche . . . . .	450,00	7
+ 18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément. . . . .	100,00	1
	tendon		
+ 02059	quadriceps . . . . .	550,00	6
+ 02061	rotuléen . . . . .	550,00	6
+ 18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément. . . . .	150,00	1

**Divers**

+ 02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche . . . . .	600,00	6
+ 02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie . . . . .	150,00	4
+	NOTE : Les services médicaux codés 02253 et 02473 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
+ 18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche . . . . .	900,00	10

**TIBIA ET PÉRONÉ***Allongement ou correction incluant ostéotomie*

	Allongement		
+ 02386	avec ou sans greffe (PG-28) . . . . .	1 150,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+ 02387	un niveau . . . . .	1 300,00	12
+ 02388	deux niveaux . . . . .	1 500,00	15
+ 02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie . . . . .	1 150,00	12

*Amputation*

02292	amputation à la jambe (B.K.) . . . . .	397,00	5
-------	--	--------	---

*Biopsie*

+ 02864	à l'aiguille . . . . .	150,00	5
+ 02865	ouverte . . . . .	250,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Décompression - dénervation</i>			
	fasciotomie tibiale		
+ 02046	1 compartiment . . . . .	355,40	6
+ 02047	2 compartiments ou plus . . . . .	383,50	6
<i>Épiphysiodèse du tibia</i>			
+ 02951	par greffe (Phemister) . . . . .	550,00	4
+ 02954	par crampon. . . . .	450,00	4
<i>Excision</i>			
+ 02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse . . . . .	700,00	7
02867	résection extensive et reconstruction . . . . .	1 380,50	12
+ 02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe . . . . .	250,00	6
+ 02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	600,00	6
+ 02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire . . . . .	1 100,00	15
+ 02870	tumeur maligne . . . . .	700,00	6
+ 02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. . . . .	850,00	10
+ 02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe . . . . .	1 600,00	18
+ 02597	avec prothèse totale, supplément . . . . .	300,00	4
<i>Exérèse</i>			
+ 02309	vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) (1*) . . . . .	150,00	6
+ 02299	plaque plus vis - péroné . . . . .	200,00	6
+ 02873	plaque plus vis - tibia . . . . .	350,00	6
+ 18109	clou intramédullaire et vis de verouillage . . . . .	350,00	6

**AVIS :**

(1\*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		<b>R = 1</b>	<b>R = 2</b>
<i>Fractures</i>			
+ 02725	péroné seul réduction ouverte . . . . .	350,00	6
+ 02694	tibia (avec ou sans péroné) réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	150,00	6
+ 02696	réduction ouverte diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe . . . . .	600,00	6
+ 09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal . . . . .	600,00	6
+ 09592	verrouillage distal une vis ou plus, supplément . . . . .	100,00	2
+ 02721	épiphyse proximale 1 plateau . . . . .	600,00	6
+ 18111	2 plateaux . . . . .	700,00	6
+ 02743	pilon tibial . . . . .	700,00	6
<i>Grefe osseuse</i>			
+ 02874	pour pseudarthrose congénitale . . . . .	1 000,00	8
+ 02413	simple tibia et/ou péroné . . . . .	450,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné . . . . .	613,60	6
<i>Incision et drainage</i>			
+ 18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe . . . . .	400,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
+ 02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant . . . . .	700,00	7
+ 02068	tibiale, incluant ROFI et greffe, le cas échéant . . . . .	800,00	6
+ 02030	du péroné . . . . .	200,00	5
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
+ 02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage . . . . .	850,00	10

**CHEVILLE***Amputation*

+ 02291	type Syme .....	500,00	5
---------	-----------------	--------	---

*Arthrodèse*

+ 02938	tibio-astragalienne primaire .....	750,00	6
+ 18066	révision tibio-astragalienne .....	1 000,00	6

**AVIS :** *La révision tibio-astragalienne 18066 doit être réclamée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire 02938. Veuillez inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire 02938.*

+ 02944	tibio-talo-calcaneéenne avec ou sans talonaviculaire et calcanéocuboïdienne .....	1 000,00	10
---------	---	----------	----

*Arthrolyse*

+ 02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) .....	1 300,00	12
---------	--	----------	----

*Arthroplastie*

+ 02408	totale de la cheville (prothèse) .....	1 000,00	8
---------	--	----------	---

**+** *Arthroplastie de remplacement*

+ 18164	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire .....	600,00	7
---------	--	--------	---

**+** NOTE : Aucun autre acte de l'onglet *Muscolo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

+ 18165	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse tibiale et astragalienne et, le cas échéant, l'ostéotomie tibiale ou la fenêtre) .....	1 300,00	12
---------	---	----------	----

**+** en deux temps :

+ 18166	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) ..	1 050,00	10
---------	---	----------	----

+ 18167	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) .....	1 050,00	10
---------	--	----------	----

+ 18168	remplacement de la composante tibiale ou astragalienne .....	700,00	9
---------	--	--------	---

**+** NOTE : Aucun autre acte de l'onglet *Muscolo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
+ 02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28) . . . .	250,00	5
+ 02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28):		
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- débridement synovial		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion . . . . .	400,00	7
<i>Arthrotomie</i>			
+ 18067	avec, le cas échéant, exploration, drainage, irrigation ou résection de corps étranger, d'ostéophytes ou de souris articulaire, ou traitement d'ostéochondrite avec ou sans fixation . . . . .	350,00	6
+ 02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	100,00	2
<i>Décompression - dénervation</i>			
02883	décompression - sinus du tarse . . . . .	120,00	5
+ 02884	décompression - tunnel tarsien . . . . .	200,00	5
+ 02885	neurectomie cheville . . . . .	250,00	5
<i>Exérèse</i>			
+ 09541	de prothèse totale de cheville . . . . .	550,00	6
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
+ 02304	unimalléolaire (PG-28) (1*) . . . . .	150,00	6
+ 02306	bi ou trimalléolaire (PG-28) (1*) . . . . .	200,00	6
<i>Fracture - luxation</i>			
+ 02708	uni, bi, trimalléolaire réduction fermée avec anesthésie (PG-28) . . . . .	150,00	6
<b><u>AVIS</u> : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.</b>			
	réduction ouverte		
+ 02727	unimalléolaire . . . . .	350,00	6
+ 09542	bimalléolaire . . . . .	550,00	6
+ 18068	si fixation malléole postérieure, supplément . . . . .	100,00	
+ 18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément . . . . .	100,00	
+ 18070	par vis syndesmotique seule . . . . .	350,00	6

**AVIS :**

(1\*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
<b>Reconstruction - réparation</b>			
02199	réparation ligamentaire . . . . .	350,00	6
	NOTE : Le service médical codé 02199 ne peut pas être associé à une autre chirurgie de l'Appareil musculo-squelettique, au même site, lors de la même séance.		
02161	reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	550,00	6
02441	réparation tendon d'Achille . . . . .	450,00	6
02889	tardive (6 semaines ou plus) . . . . .	600,00	6
<b>Ténotomie (tendon d'Achille)</b>			
18071	fermée ou ouverte . . . . .	150,00	5
<b>PIED</b>			
<b>Allongement (incluant l'ostéotomie)</b>			
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) . . . . .	1 000,00	7
<b>Amputation</b>			
02267	médiotarsienne ou transmétatarsienne (PG-28) . . . . .	331,00	6
02287	un métatarsien en rayon . . . . .	150,00	6
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (1*) . . . . .	30,00	
18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28) . . . . .	200,00	6
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28) . . . . .	110,00	6
	chaque orteil additionnel (1*) . . . . .	26,00	
<b>Arthrodèse</b>			
02943	sous-astragalienne ou talonaviculaire ou calcanéocuboidienne isolée . . . . .	750,00	6
18073	triple arthrodèse . . . . .	900,00	6
02949	tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) tardive (6 semaines ou plus) . . . . .	600,00	6
02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28) . . . . .	350,00	6
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28) . . . . .	150,00	6
	chaque orteil additionnel (1*) . . . . .	40,80	
<b>Arthrolyse</b>			
02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) . . . . .	1 000,00	6
<b>Arthroscopie</b>			
09500	pied (PG-28) . . . . .	217,90	5
<b>AVIS :</b> (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITES			

**Arthrotomie**

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

02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (PG-28) . . . . .	150,00	6
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28) . . . . .	300,00	6
09501	pour arthrite septique (PG-28) . . . . .	250,00	6

**Biopsie**

09502	à l'aiguille ou au trocart . . . . .	150,00	4
02247	ouverte (PG-28) . . . . .	250,00	6

**Excision**

02244	complète d'astragale ou de calcanéum . . . . .	400,00	8
02241	barre tarsienne . . . . .	450,00	6
02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28) . . . . .	250,00	6
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28) . . . . .	200,00	6
02242	tête métatarsienne (PG-28) . . . . .	200,00	6
	chaque tête additionnelle pour le même pied . . . . .	31,30	

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

02245	os sésamoïde (PG-28) . . . . .	250,00	6
-------	--------------------------------	--------	---

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.

**tumeur bénigne**

	calcaneum ou astragale		
09505	sans greffe (PG-28) . . . . .	250,00	6
09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	450,00	6
	os mineurs		
09507	sans greffe (PG-28) . . . . .	200,00	6
09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	350,00	6

**tumeur maligne**

	calcaneum ou astragale		
09509	sans greffe . . . . .	350,00	7
09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . . . . .	550,00	8
	os mineurs		
09511	sans greffe (PG-28) . . . . .	250,00	6
09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28) . . . . .	300,00	6

**Exérèse**

09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28) . . . . .	200,00	6
-------	---	--------	---

*Fracture ou luxation*

	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
+02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28) . . . . .	150,00	5
+02744	réduction fermée avec embrochage percutané. . . . .	250,00	7
+02729	réduction ouverte astragale ou calcanéum excepté . .	450,00	7
+02730	réduction ouverte astragale . . . . .	650,00	7
+18169	réduction ouverte calcanéum . . . . .	650,00	7
+02734	arthrodèse primaire sous-astragalienne . . . . .	750,00	7
	métatarsien, phalange, articulations métatarso- phalangiennes et interphalangiennes		
+02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28) . . . . .	150,00	5
+02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28) . . . . .	200,00	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*)	50,00	
	réduction ouverte		
+02731	un (PG-28) . . . . .	250,00	6
+	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*) . . . . .	68,00	

*Incision - drainage*

09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28) . . . . .	110,00	6
+09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	150,00	6
+09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28) . . . . .	250,00	6

*Manipulation et immobilisation*

+09532	un ou deux pieds pour correction de difformité . . . . .	150,00	4
--------	--	--------	---

*Ostéotomie*

+02060	calcaneum, astragale ou tarse . . . . .	500,00	6
+09524	métatarse (PG-28) . . . . .	200,00	6
+09563	phalange (PG-28) . . . . .	200,00	6

**AVIS :**

(\*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITES.

		<b>R = 1</b>	<b>R = 2</b>
<b>Reconstruction</b>			
	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville, sauf les orteils		
+ 09530	un (PG-28) . . . . .	550,00	5
+ 09531	plusieurs (PG-28) . . . . .	700,00	6
+ 18138	reconstruction métatarso-phalangienne des deuxième, troisième, quatrième ou cinquième orteils, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	200,00	6
+	chaque articulation additionnelle du même pied (1*) . . . . .	31,30	
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
+ 09528	un (1*) . . . . .	250,00	6
+	chaque articulation additionnelle du même pied (1*) . . . . .	95,30	
02049	syndactylie pour orteil . . . . .	116,00	5
+ 02422	correction de chevauchement du 5 <sup>e</sup> orteil, toute technique (PG-28) . . . . .	250,00	6
+ 18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie	350,00	6
	NOTE : Le service médical codé 18074 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'Appareil musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.		
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
+ 09564	un (1*) . . . . .	150,00	6
+	chaque orteil additionnel du même pied (1*) . . . . .	30,00	
+ 02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28) (1*) . . . . .	150,00	6
+	chaque orteil additionnel du même pied (1*) . . . . .	30,00	
	ténotomie ouverte ou fermée		
+ 18075	un orteil (PG-28) . . . . .	150,00	5
+ 18076	plusieurs orteils (PG-28) . . . . .	200,00	5
+ 18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28) . . . . .	150,00	5

**Correction d'hallux valgus ou varus**

	correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoidectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
+ 09593	sans ostéotomie incluant la chéilectomie ou l'excision partielle de la phalange proximale, le cas échéant (PG-28) . . . . .	250,00	6
+ 02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28) . . . . .	350,00	6
+ 18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarsaire ou arthrolyse cunéo-métatarsienne (PG-28)	400,00	6

**AVIS :**

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

		R = 1	R = 2
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28) . . . . .	450,00	6
	arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
09595	hémi-arthroplastie (PG-28) . . . . .	300,00	6
09596	arthroplastie totale (PG-28) . . . . .	350,00	6
	ped bot ou astragale vertical		
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant . . . . .	450,00	7
02556	relâchement antérieur . . . . .	450,00	7
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux. . . . .	600,00	7
02560	relâchement postéro-médian . . . . .	900,00	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian . . . . .	1 153,00	15
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

## BOURSE SÉREUSE

### *Drainage*

02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets. . . . .	200,00	6
-------	--	--------	---

### *Excision*

02212	bourse calcanéenne (talon) . . . . .	200,00	5
02236	bourse olécrânienne (PG-28) . . . . .	200,00	5
02235	bourse huméro-radiale. . . . .	161,10	5
02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale . . . . .	200,00	5
02255	bourse péritrochantérienne . . . . .	200,00	5
02233	bourse sous-deltoidienne . . . . .	200,00	5
09534	bourse ischiatique . . . . .	180,00	5

### *Incision - exérèse*

02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage. . . . .	200,00	5
-------	--	--------	---

**MUSCLES***Allongement*

09535	allongement musculaire (PG-28) . . . . .	350,00	4
-------	--	--------	---

*Exérèse*

	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale ou régionale		
02190	simple (PG-28) . . . . .	150,00	6
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu (PG-28) . . . . .	300,00	6

*Excision*

09536	raccourcissement musculaire . . . . .	180,00	6
02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28) . . . . .	250,00	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28) . . . . .	400,00	6
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale . . . . .	240,00	6
	section du sterno-cléido-mastoidien (torticolis congénital)		
02023	une incision . . . . .	306,80	6
18170	deux incisions . . . . .	511,30	6
	tumeur		
02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle . . . . .	250,00	6
02152	excision tumeur bénigne (PG-28) . . . . .	240,00	6
02153	excision tumeur maligne (PG-28) . . . . .	507,50	6
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie . . . . .	450,00	8

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

*Reconstruction - réparation*

02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) . . . . .	255,00	7
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28) . . . . .	200,00	6
02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral . . . . .	800,00	10

+ NOTE : Malgré la Règle 8 de l'**Addendum 4**, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014).

**TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS***Excision*

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une (PG-28) . . . . .	200,00	6
02202	plusieurs (PG-28) . . . . .	300,00	6

		R = 1	R = 2
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28) . . . . . NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	150,00	5
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia . . . . .	250,00	5
02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28) . . . . .	150,00	6
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28) . . . . .	252,00	6
<b>Incision et exérèse</b>			
02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28) . . . . . NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.	180,00	5
02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28) . . . NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	180,00	5
09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28) . NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	320,00	6
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28) . . . . . NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	150,00	5
<b>Suture et reconstruction</b>			
02396	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, avant-bras, jambe, cheville, pied tendon extenseur (du même membre) (PG-28) . . . . . maximum . . . . .	250,00 750,00	6
<b><u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS</b>			
02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) réparation immédiate ou tardive . . . . .	295,00	6
18117	si effectuées distalement au poignet, supplément .	147,50	
02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28) . . . . . maximum (1*) . . . . .	250,00 1 000,00	6
<b><u>AVIS</u> : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS</b>			

		<b>R = 1</b>	<b>R = 2</b>
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale) . . . . .	255,00	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale) . . . . .	340,00	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28) . . . . .	470,00	6
	maximum (1*) . . . . .	940,00	
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28) . . . . .	281,00	6
	Reconstruction d'un tendon		
18061	greffe tendineuse (PG-28) . . . . .	460,00	6
18058	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies en un temps (PG-28) . . . . .	500,00	8
	en deux temps		
18059	premier temps (PG-28) . . . . .	500,00	8
18060	deuxième temps (PG-28) . . . . .	500,00	6
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28) . . . . .	120,00	6

**Transplantation**

02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation . . . . .	750,00	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent . . . . .	760,00	8

**AVIS :**

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

**DIVERS**

**AVIS :** *Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.*

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes . . . . .	100,00	4
02489	percutanés . . . . .	107,40	4
02490	internes . . . . .	218,60	5
02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle . . . . .	150,00	6
18113	fermeture de fasciotomie un ou plusieurs sites incluant, le cas échéant, débridement et myectomie . . . . .	250,00	6
	NOTE : Les actes codés 02348 et 18113 ne peuvent pas être facturés avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même discipline à la même séance.		
+ 18120	débridement pour fasciite nécrosante ou gangrène de Fournier, un ou plusieurs sites, sous anesthésie régionale ou générale . . . . .	500,00	10
+ 18121	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément . . . . .	100,00	
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur . . . . .	113,00	6
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) (1*) . . . . .	50,00	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs . . . . .	132,00	6
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) (1*) . . . . .	150,00	6
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale . . . . .	20,00	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur . . . . .	200,00	6
09546	os mineur . . . . .	150,00	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28) . . . . .	150,00	6
02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne . . . . .	150,00	5

**AVIS :** (1\*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28) . . . .	200,00	
02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral . . . . .	250,00	7
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs . . . . .	159,80	4

### Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 de l'addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

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

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

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

02430	astragale . . . . .	254,40	
02423	bassin . . . . .	500,00	
02431	calcanéum . . . . .	140,60	
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral . . . . .	450,00	
02428	humérus . . . . .	338,70	
02530	peau . . . . .	300,00	
02429	radius ou cubitus . . . . .	306,80	
02427	tibia . . . . .	350,00	

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

**AVIS** : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8.1 de l'Addendum 4 de chirurgie  
ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

02355	avant-bras (PG-23) .....	1 789,60	18
02356	bras (PG-23) .....	1 789,60	18
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-23) (PG-28) .....	2 200,00	18
02357	épaule (PG-23) .....	2 300,90	18
02354	poignet (PG-23) .....	1 789,60	18

**Programme national pour les victimes  
de traumatismes par amputation ou nécessitant  
une revascularisation microchirurgicale  
d'urgence**

19052 Forfait par période de 24 heures . . . . . 3 750,00

**AVIS :** *Remplir le formulaire* Demande de paiement -  
Médecin n° 1200 *de la façon suivante :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte 19052 dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL.

*Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

*Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.*

18000 Pour le rôle 2 . . . . . 18

**AVIS :** *Le numéro d'assurance maladie de la personne assurée doit être inscrit dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.*

*Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.*

Assistance opératoire :

18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins . . .	650,00
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total . .	750,00
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total . .	900,00
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total .	1 100,00
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . . .	1 650,00

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 :** *Pour l'application des modificateurs d'urgence, l'heure de début de l'assistance opératoire doit être comprise entre 19 heures et 7 heures la semaine et en tout temps le week-end et les jours fériés.*

*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;
- 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 COMPLEMENTAIRES.

*Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.*  
*Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.*

#### **Microanastomose (grossissement 5X et plus)**

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	750,00	10
02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée .	1 210,00	15
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale . . . . .	600,00	8
NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.			

#### **Forfait pour chirurgie oncologique complexe**

09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total . . . . .	1 050,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total . . . . .	1 350,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total . . . . .	2 050,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . . . .	2 350,00	18
02192	durée anesthésiologique de plus de 10 heures . . . . .	2 950,00	18

**AVIS :** *Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique. Joindre le compte rendu opératoire.*