



Amendement n° 126

Rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*

La Régie vous présente l'*Amendement n° 126* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Les changements concernent le remplacement de l'annexe XIII de l'entente générale (manuel de facturation, onglet B) qui entraîne une modification du tarif de certains services médico-administratifs, l'abolition d'un code d'acte et l'ajout d'un nouveau supplément.

Cet amendement prend effet au **1^{er} avril 2012**.

1. Changements tarifaires et de libellés

Les changements tarifaires des services médico-administratifs touchent les codes d'acte **09901, 09914, 09915, 09916, 09919, 09926, 09928, 09930, 09938, 09939, 09942, 09944, 09946, 09970, 09971** et **09978**.

Les libellés des codes d'acte **09919, 09942, 09971** et **09975** ainsi que de certains articles ont été modifiés. Pour plus de détails sur ces modifications, veuillez vous référer à la [partie II](#) de la présente infolettre.

1.1 Facturation

Ces changements tarifaires prennent effet au **1^{er} avril 2012**. La Régie sera en mesure de traiter votre facturation selon les nouvelles modalités à compter du **22 septembre 2012**. À partir de cette date, toute facturation transmise à la Régie devra tenir compte de ces nouveaux tarifs, incluant les services rendus antérieurement au 22 septembre 2012.

1.2 Révision

Par ailleurs, la Régie procédera ultérieurement à une **révision des codes facturés et payés entre le 1^{er} avril 2012 et le 21 septembre 2012**, afin de rembourser la différence des montants. Le montant des honoraires pour les services facturés avant le 22 septembre mais payés après le 21 septembre 2012 sera ajusté pour correspondre aux nouveaux tarifs.

2. Code d'acte aboli

Le code d'acte **09921** concernant le rapport d'évaluation histologique est aboli depuis le 31 mars 2012. Les montants payés depuis le 1^{er} avril 2012 pour ce code d'acte seront récupérés. Cette abolition entraîne une nouvelle numérotation des articles de l'annexe XIII.

3. Nouveau supplément

Un nouveau supplément est payable lorsque l'avis écrit du médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, prévu à l'article 11, est effectué en cabinet. Le code d'acte à utiliser est le **09977**. Il est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2012.

FACTURATION

La Régie sera prête à recevoir la facturation du code d'acte **09977 à compter du 22 septembre 2012**. Puisque l'ajout du supplément est effectif depuis le 1^{er} avril 2012, vous avez **90 jours** suivant la date de la présente infolettre pour nous faire parvenir votre facturation.

4. Modification de l'avis de l'annexe XIII

◆ BROCHURE N° 1

L'avis de l'annexe XIII est remplacé par le suivant :

AVIS: *Veuillez noter que l'annexe XIII est à nouveau modifiée par l'Amendement n° 126.*

- L'Amendement n° 126 entre en vigueur le 1^{er} avril 2011, mais prend effet le 1^{er} avril 2012. Il se terminera le 31 mars 2014, mais demeurera néanmoins en vigueur jusqu'à son remplacement.

5. Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 126*

[Partie II](#) Texte paraphé de l'annexe XIII (annexe A de l'*Amendement n° 126*)

Texte paraphé de l'*Amendement n° 126*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'**annexe XIII** de l'entente générale est modifiée de la façon suivante :
En la remplaçant par celle qui est produite ci-après en annexe A;
2. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} avril 2011 et prend effet le 1^{er} avril 2012. Il se terminera le 31 mars 2014, mais demeurera néanmoins en vigueur jusqu'à son remplacement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____
ce _____^e jour de _____ 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

MICHEL DESPRÉS
Président du Conseil d'administration
Commission de la santé et de la sécurité du travail

Texte paraphé de l'annexe XIII

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA *LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES* ET LA *LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL*

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire
d'attestation médicale prescrit par la Commission..... 20,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

1. la date de l'accident du travail;
2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
3. la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
4. le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
5. dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours
du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la
Commission 19,00

AVIS : *Veillez indiquer la date de l'évènement ou la date de la récurrence, rechute ou aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) dans la section DATE DE L'ACCIDENT.*

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission..... 19,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

1. l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
2. l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
3. l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission..... 22,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929 rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission..... 75,00

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907 pour l'information verbale fournie..... 95,00

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914 30,00

09915 60,00

09916 90,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin 95,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé..... 115,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910 rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur 150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Médecin qui a charge

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit..... 360,00

09901 supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas de pathologies cérébrales organiques, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente..... 85,00

AVIS: Le médecin doit être autorisé par la CSST pour réclamer ce service.

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1. évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 740,00

2. évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09946 examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 575,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947 55,00

09948 100,00

09949 155,00

11. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938 avis donné au vu du dossier 350,00

09939 avis donné après examen du travailleur 640,00

09977 supplément lorsqu'effectué en cabinet 100,00

AVIS : Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les bureaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable, l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun.....	565,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de.....	75,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

09981	160,00
09982	210,00

12. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale à titre de médecin désigné n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur. (MOD 032)

13. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient ou à son rapport d'évaluation médicale, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

09919	supplément pour la production des tests audiologiques.....	85,00
-------	--	-------

14. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

09970 rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 70,00

AVIS : *Inscrire comme date d'accident la date à laquelle le formulaire recommandant le retrait préventif est complété. S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.*

15. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Assignment temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

1. le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
2. ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
3. ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

09971 rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci..... 59,00

16. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. ■

09942 étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin 340,00

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911	25,00
09912	50,00
09913	75,00

17. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle au dos. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lombalgie;
- la remise de la brochure d'information ou du DVD qu'il commente au besoin;
- la discussion avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur l'accomplissement de ses activités et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités de retour au travail, eu égard à sa condition;
- la fixation par le médecin de la date de sa prochaine consultation avec le travailleur.

09975	pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, la discussion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission de la fiche à la Commission	50,00
-------	--	-------

AVIS : Veuillez indiquer la date de l'évènement ou la date de la récurrence, rechute ou aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) dans la section DATE DE L'ACCIDENT.

18. AVIS MOTIVÉ

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débiter. L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle. L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites :

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

1. Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);
2. Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B ») ; lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels.

3. Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900 Pour la rédaction complète et l'expédition du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes : huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant de la santé ou trente (30) traitements..... 110,00

19. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et son règlement concerné.

09954 rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel 110,00

AVIS : *Le médecin doit être autorisé par les parties négociantes pour réclamer ce service.*

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la case DATE DE L'ACCIDENT.

20. RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULO-SQUELETTIQUE (AUTRE QU'UNE LOMBALGIE)

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle musculo-squelettique autre qu'une lombalgie. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lésion musculo-squelettique;
- l'évaluation avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur les activités que celui-ci peut accomplir et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités pour lui de retourner au travail, même à des tâches modifiées, eu égard à sa condition;
- la prise du prochain rendez-vous fixé avec le travailleur, pour la réévaluation de sa condition.

09955 pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'évaluation des impacts de la lésion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission sans délai de la fiche à la Commission 50,00

AVIS : *Pour facturer le rapport de suivi, le médecin doit préalablement avoir rencontré le travailleur et facturé l'un des codes suivants : 09926, 09927 ou 09928.*