

> Médecins spécialistes

Modifications à l'Accord-cadre liées à l'hématologie-oncologie

Modification 107

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de la Modification 107 à l'Accord-cadre.

Les modifications entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2023**. Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter du **5 juillet 2023**.

Pour connaître les changements qui ont déjà été mis en place, consultez l'[infolettre 028](#) du 26 avril 2023.

SOMMAIRE

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)	2
2	Règles de tarification de la médecine de laboratoire (Annexe 5)	2
2.1	Modalités de rémunération	2
2.2	Autres modalités	3
2.3	Exclusions	3
2.4	Frais de déplacement	4
2.5	Contresignature du relevé d'honoraires	4
3	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)	4
4	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	4
5	Règles d'application, plafonnement de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)	4
5.1	Règle d'application 35 – Hématologie-oncologie médicale	4
5.2	Plafonnement particulier – Hématologie-oncologie médicale (PG 11)	4
6	Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées	5
6.1	Lettre d'entente n° 76	5
6.2	Lettre d'entente n° 252	5
7	Rémunération mixte (Annexe 38)	5
8	Protocole d'accord – Médecine transfusionnelle	6
8.1	Modalités de rémunération	6
8.2	Autres modalités	6
8.3	Frais de déplacement	7
8.4	Contresignature du relevé d'honoraires	7
8.5	Plafonnements – Plan des effectifs médicaux	8

c. c. Agences de facturation commerciales

Courriel, site Web et fils RSS

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels
 Abonnez-vous à nos fils RSS 

Téléphone

Québec 418 780-4208
 Montréal 514 687-3612
 Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
 de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
 (mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

1 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)

La [règle 3 Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale](#) de l'onglet B – Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte est abrogée.

Ainsi, la notion de Groupe A et de Groupe B est abolie.

2 Règles de tarification de la médecine de laboratoire (Annexe 5)

L'[Addendum 6](#) de l'onglet E – Hématologie du Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE) est remplacé.

Cet addendum détermine la rémunération du médecin qui a la qualification de spécialiste en hématologie pour ses activités de laboratoire dans :

- l'ensemble des laboratoires serveurs et associés;
- tout autre milieu exerçant un tel mandat pour un laboratoire.

Ces lieux sont désignés par les parties négociantes. La liste sera disponible à la page [Listes de désignations et listes de garde](#), sur notre site Web.

2.1 Modalités de rémunération

Vous pouvez vous prévaloir d'un forfait horaire de 280 \$ lorsque vous effectuez certaines activités pour une installation d'un établissement desservi par un laboratoire associé ou serveur d'une grappe où vous exercez. Pour cela, vous devez :

- soit assurer une présence sur place;
- soit, lorsque les services sont rendus pour une installation où vous n'exercez pas de façon principale, réaliser une des activités à distance entre installations.

Les activités visées sont les suivantes :

- [activités clinico-administratives relatives aux différents secteurs du laboratoire, à l'exception de celles relatives à la banque de sang ou à la médecine transfusionnelle](#) (code de facturation **50007**);
- [activités clinico-administratives relatives à la banque de sang, notamment pour les fins du système du sang au Québec, à l'exception de celles relatives à la médecine transfusionnelle ainsi qu'aux centres désignés d'hémophilie et de traitement des inhibiteurs de la coagulation](#) (code de facturation **50008**);
- [activités d'interprétation des tests réalisés dans les différents secteurs du laboratoire](#) :
 - excluant la greffe de cellules souches et thérapie cellulaire (code de facturation **50009**),
 - spécifiques à la greffe de cellules souches et thérapie cellulaire (code de facturation **50010**).

La liste des installations et établissements désignés pour les activités d'interprétation des tests pour l'hématologie-greffe de cellules souches et thérapie cellulaire sera disponible à la page [Listes de désignations et listes de garde](#), sur notre site Web.

Vous ne pouvez facturer aucun autre service pour la même période où vous facturez un forfait horaire de l'Addendum 6, ce qui inclut la rémunération prévue au Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique.

Instructions de facturation

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine de laboratoire.

Inscrivez l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

Pour les activités clinico-administratives (codes de facturation **50007** et **50008**), le forfait horaire s'applique pour une **période minimale de 60 minutes continues**, de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. Si une activité clinico-administrative dépasse 60 minutes au cours d'une journée, le forfait horaire s'applique au prorata par **période additionnelle de 15 minutes complétées**, soit 70 \$. Ces périodes additionnelles peuvent être réalisées de façon discontinue au cours de la journée.

Pour les activités d'interprétation des tests (codes de facturation **50009** et **50010**), le forfait horaire s'applique au prorata par périodes de 15 minutes complétées, de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. La rémunération est de 70 \$ par 15 minutes complétées.

2.2 Autres modalités

Vous ne pouvez pas facturer plus de 7 heures par jour pour l'ensemble des activités visées à l'*Addendum 6* et au *Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec*.

2.2.1 Garde en disponibilité – Particularité

Lorsque vous êtes assigné à une garde en disponibilité selon l'Annexe 25, vous pouvez effectuer les activités suivantes en semaine de 19 h à 7 h, la fin de semaine ou un jour férié, lors de votre période de garde :

- activités d'interprétation des tests réalisés **lors de la garde en disponibilité** dans les différents secteurs du laboratoire, excluant la greffe de cellules souches et thérapie cellulaire (code de facturation **50011**),
- activités d'interprétation des tests réalisés **lors de la garde en disponibilité** dans les différents secteurs du laboratoire, spécifiques à la greffe de cellules souches et thérapie cellulaire (code de facturation **50012**).

Vous pouvez vous prévaloir du supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 25. Dans ce cas, le maximum de 7 heures par jour peut être dépassé.

Lors de la garde en disponibilité, les activités d'interprétation des tests peuvent être effectuées à distance.

Instructions de facturation

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine de laboratoire.

Pour les services rendus à distance, indiquez :

- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement pour lequel vous rendez le service;
- pour le lieu en référence :
 - le type de référence du lieu *Lieu où le service est rendu par le professionnel*,
 - le lieu où le service est rendu (code de localité, code postal ou numéro d'établissement).

Inscrivez l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

2.2.2 Rémunération mixte

Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte, vous pouvez vous prévaloir d'un supplément d'honoraires de 62 %.

2.2.3 Rémunération différente

Les modalités de rémunération différente de l'Annexe 19 s'appliquent à la rémunération versée selon cet addendum, s'il y a lieu.

2.3 Exclusions

La rémunération prévue à l'*Addendum 6* pour les activités clinico-administratives exclut toute activité prévue aux protocoles d'accord suivants :

- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Optilab);*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation.*

Si vous effectuez une activité prévue à l'un de ces protocoles d'accord, celle-ci demeure rémunérée selon ce protocole.

2.4 Frais de déplacement

Si vous devez vous déplacer à plus de 40 kilomètres de votre établissement de pratique principale pour accomplir une activité visée à l'*Addendum 6*, vous pouvez vous prévaloir du remboursement de vos frais et de votre temps de déplacement (Annexe 23).

2.5 Contresignature du relevé d'honoraires

L'obligation de faire contresigner votre relevé d'honoraires par le chef de département clinique de médecine de laboratoire, le directeur des services professionnels ou leur représentant désigné est suspendue temporairement. Nous vous informerons lorsque cette obligation sera en vigueur.

3 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)

Certains services sont touchés par des modifications et se trouvent à la [section Hématologie – Oncologie médicale de l'onglet B – Tarification des visites](#) ainsi qu'à l'[onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*. Vous y trouverez le détail des modifications.

En concordance avec l'abolition de la notion de Groupe A et de Groupe B, les services relatifs au Groupe B sont abolis, les mentions relatives au Groupe A sont supprimées et les tarifs de certains services sont ajustés. Vous trouverez la liste des services abolis à l'[annexe](#) de la présente infolettre.

De plus, l'une des notes sous le [code de facturation 19869](#) est modifiée pour préciser que vous pouvez facturer un maximum d'une évaluation par jour pour une même clinique des tumeurs.

4 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

À l'[onglet E – Hématologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)*, le tableau des honoraires en hématologie est retiré.

5 Règles d'application, plafonnement de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)

5.1 Règle d'application 35 – Hématologie-oncologie médicale

Dans la [Règle d'application n° 35 – Hématologie-oncologie médicale](#), en concordance avec l'abolition des services relatifs au Groupe B, les codes de facturation qui y réfèrent de même que les mentions relatives aux groupes A et B ont été retirés.

De plus, une 2^e visite principale ou consultation peut être facturée lorsque l'expertise d'un autre médecin en hémato-oncologie est requise. Dans ce cas, cet autre hémato-oncologue doit utiliser l'élément de contexte **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue médical** lors de la facturation de sa visite ou de sa consultation.

5.2 Plafonnement particulier – Hématologie-oncologie médicale (PG 11)

L'article 3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale devient le [PG 11.1 Hématologie-oncologie médicale \(clientèle pédiatrique et gériatrique\)](#). De plus, la dernière phrase du paragraphe est retirée en concordance avec l'abolition des services d'hématologie du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)*.

Le [PG 11.2 Hématologie-oncologie médicale](#) est ajouté.

Pour le médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie médicale, un plafonnement de gains de pratique est appliqué par année civile pour :

- l'ensemble des visites et des procédés diagnostiques et thérapeutiques;
- le *per diem* (tarif quotidien) prévu à l'article 2 de l'Annexe 38.

Pour les gains de pratique en cabinet, nous ne tenons compte que de 75 % de ces gains.

Les honoraires que vous avez reçus pour les services rendus en urgence ([règle 14 du préambule général de l'Annexe 4](#)) ne sont pas considérés pour l'application de ce plafonnement.

Les gains de pratique sont payés à :

- 50 % pour les gains de 700 000 \$ à 799 999 \$;
- 25 % pour les gains de 800 000 \$ à 899 999 \$;
- 10 % pour les gains de 900 000 \$ et plus.

Toutefois, pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2023, les gains de pratique sont payés à :

- 50 % pour les gains de 350 000 \$ à 399 999 \$;
- 25 % pour les gains de 400 000 \$ à 449 999 \$;
- 10 % pour les gains de 450 000 \$ et plus.

Information sur l'état de compte pour l'année 2023 uniquement

Malgré le fait que ce plafonnement débute au **1^{er} juillet 2023**, la période affichée dans le détail des cumuls des plafonnements sur votre état de compte sera **du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023**.

De plus, si vous êtes touché par un paiement ou une retenue pour ce plafonnement pour l'année 2023, l'intitulé sera : **PG11.2 HEMATO-ONCO 23-01-01**.

Notez qu'**aucun cumul ne sera effectué durant le premier semestre de l'année 2023**.

6 Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées

6.1 Lettre d'entente n° 76

La *Lettre d'entente n° 76 concernant la nouvelle spécialité d'oncologie-médicale* est abrogée.

6.2 Lettre d'entente n° 252

La *Lettre d'entente n° 252 concernant l'ensemble des modifications apportées au mode de rémunération en héματο-oncologie en vertu de la Modification 107* est introduite.

7 Rémunération mixte (Annexe 38)

À l'Annexe 38, les sections *Hématologie-oncologie médicale* sont remplacées à la suite de l'abolition des groupes A et B.

Les tableaux des suppléments d'honoraires sont remplacés par le suivant :

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
62	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de 18 ans ou plus, à l'exception des services médicaux codés 00094, 00234, 00281, 00152, 00734, 15121, 15927, 15928, 15929, 15930, 15931 et 15932
90	Les services médicaux codés 00094, 00234, 00281, 00152, 00734, 15121, 15927, 15928, 15929, 15930, 15931 et 15932. Tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans.

Les modalités particulières sont remplacées par les suivantes :

À l'Hôpital Sainte-Justine, au CUSM – Site Glen (pédiatrique) et au Centre Mère-Enfant du CHU de Québec – Université Laval, le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 126 \$ en semaine et de 443 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

8 Protocole d'accord – Médecine transfusionnelle

Le [Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec](#) est remplacé.

Ce protocole détermine la rémunération du médecin qui a la qualification de spécialiste en hématologie pour :

- ses activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle effectuées pour les fins du système de sang au Québec;
- ses activités réalisées dans un centre désigné d'hémophilie ou dans un centre pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation.

Vous pouvez vous prévaloir d'un forfait horaire lorsque vous effectuez certaines activités relatives à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles pour les fins du système du sang au Québec. Vous pouvez effectuer les activités :

- soit sur place dans l'établissement où vous détenez des privilèges;
- soit à distance entre installations lorsqu'il s'agit d'une installation où vous n'exercez pas de façon principale.

8.1 Modalités de rémunération

Vous pouvez vous prévaloir d'un forfait horaire de 280 \$ lorsque vous effectuez les activités suivantes :

- [activités professionnelles relatives à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles effectuées pour les fins du système du sang au Québec](#), sauf la participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT) et aux tables ministérielles (code de facturation **09852**);
- participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT) et aux tables ministérielles (code de facturation **09853**).

Vous ne pouvez facturer aucun autre service pour la même période où vous facturez un forfait horaire du présent protocole d'accord, ce qui inclut la rémunération prévue au *Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique*.

Instructions de facturation

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine transfusionnelle.

Inscrivez l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

Pour les activités visées au présent protocole (codes de facturation **09852** et **09853**), le forfait horaire s'applique pour une **période minimale de 60 minutes continues**, de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. Si une activité dépasse 60 minutes au cours d'une journée, le forfait horaire s'applique au prorata par **période additionnelle de 15 minutes complétées**, soit 70 \$. Ces périodes additionnelles peuvent être réalisées de façon discontinue au cours de la journée.

8.2 Autres modalités

Vous ne pouvez pas facturer plus de 7 heures par jour pour l'ensemble des activités visées au *Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec* et à l'*Addendum 6*.

Seule la participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT) et aux tables ministérielles (code de facturation **09853**) peut être facturée hors établissement.

8.2.1 Garde en disponibilité – Particularité

Lorsque vous êtes assigné à une garde en disponibilité selon l'Annexe 25, vous pouvez effectuer les activités suivantes de 7 h à 19 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié, lors de votre période de garde :

- activités professionnelles relatives à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles effectuées pour les fins du système du sang au Québec, sauf la participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT), **lors de la garde en disponibilité** (code de facturation **09854**).

Vous pouvez vous prévaloir du supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 25.

Instructions de facturation

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine transfusionnelle.
Inscrivez l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

8.2.2 Rémunération mixte

Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte, vous pouvez vous prévaloir d'un supplément d'honoraires de 62 %.

8.2.3 Rémunération différente

Les modalités de rémunération différente de l'Annexe 19 s'appliquent à la rémunération versée selon ce protocole d'accord, s'il y a lieu.

8.2.4 Exclusions

La rémunération prévue au présent protocole d'accord exclut toute activité prévue aux protocoles suivants :

- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Optilab);*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation.*

Si vous effectuez une activité prévue à l'un de ces protocoles d'accord, celle-ci demeure rémunérée selon ce protocole.

Il en est de même pour les activités effectuées pour la banque de sang prévues au tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 5) et les activités médico-administratives qui y sont liées, lesquelles sont décrites à l'Addendum 6 et rémunérées selon celui-ci.

8.3 Frais de déplacement

Si vous devez vous déplacer à plus de 40 kilomètres de votre établissement de pratique principale pour vous rendre à votre lieu de travail, vous pouvez vous prévaloir du remboursement de vos frais et de votre temps de déplacement (Annexe 23).

8.4 Contresignature du relevé d'honoraires

L'obligation de faire contresigner votre relevé d'honoraires par le chef de service de médecine transfusionnelle, le directeur des services professionnels ou leur représentant désigné est suspendue temporairement. Nous vous informerons lorsque cette obligation sera en vigueur.

8.5 Plafonnements – Plan des effectifs médicaux

8.5.1 Médecin spécialiste en hématologie détenant un PEM consacré en médecine transfusionnelle

Un plafonnement de gains de pratique provenant des visites, des procédés diagnostiques et thérapeutiques et de l'*Addendum 6 – Hématologie* s'applique au médecin spécialiste en hématologie qui **détient un poste au plan des effectifs médicaux (PEM) consacré en médecine transfusionnelle**. Ce médecin est désigné par les parties négociantes.

Ce plafonnement s'applique de façon annuelle, par année civile. Il remplace tout autre plafonnement de gains de pratique prévu.

L'application du plafonnement s'effectuera au 1^{er} janvier suivant la nomination du médecin.

Le montant du plafonnement est établi à 20 % de la moyenne annuelle de rémunération en hématologie, ce qui correspond à 94 800 \$.

Toute rémunération au-delà du plafonnement est rémunérée à 25 % du tarif.

Exclusions

Pour l'application de ce plafonnement, nous ne tenons pas compte des gains de pratique provenant :

- du *Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec*;
- des articles 2.1 b) et 4.2 de l'*Addendum 6 – Hématologie*;
- des services médicaux codifiés **00439, 00434, 00406, 20185, 20115, 00152 et 09161**.
- des actes accomplis en urgence selon :
 - la règle 14 du *préambule général* de l'Annexe 4;
 - la règle 4 du *préambule général* de l'Annexe 5;
 - la règle 4.2 de l'Annexe 38.

8.5.2 Médecin spécialiste détenant un PEM en hématologie, en hémato-oncologie ou en hémato-oncologie pédiatrique et qui se voit accorder un PEM consacré en médecine transfusionnelle

Un plafonnement de gains de pratique provenant des visites, des procédés diagnostiques et thérapeutiques et de l'*Addendum 6 – Hématologie* s'applique au médecin qui **exerce dans le cadre d'un poste au PEM en hématologie, en hémato-oncologie ou en hémato-oncologie pédiatrique et qui se voit accorder un poste au PEM consacré en médecine transfusionnelle**. Ce médecin est désigné par les parties négociantes.

Ce plafonnement s'applique de façon annuelle, par année civile. Il remplace tout autre plafonnement de gains de pratique prévu.

L'application du plafonnement s'effectuera au 1^{er} janvier suivant la nomination du médecin.

Le montant du plafonnement est établi à 55 % de la moyenne annuelle de rémunération en hématologie, ce qui correspond à 260 700 \$.

Toute rémunération au-delà du plafonnement est rémunérée à 25 % du tarif.

Deux ans après la nomination du médecin à un poste au PEM consacré à la médecine transfusionnelle, le plafonnement de gains de pratique précisé au [point 8.5.1](#) de la présente infolettre remplace le présent plafonnement. Les parties négociantes nous en informeront.

Vous n'avez aucune démarche à effectuer, le changement de plafonnement sera fait automatiquement.

Exclusions

Pour l'application de ce plafonnement, nous ne tenons pas compte des gains de pratique provenant :

- du *Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec*;
- des articles 2.1 b) et 4.2 de l'*Addendum 6 – Hématologie*;
- des services médicaux codifiés **00439, 00434, 00406, 20185, 20115, 00152** et **09161**.
- des actes accomplis en urgence selon :
 - la règle 14 du *préambule général* de l'Annexe 4;
 - la règle 4 du *préambule général* de l'Annexe 5;
 - la règle 4.2 de l'Annexe 38.

Annexe

Codes abolis à la [section Hémato-oncologie de l'onglet B – Tarification des visites](#)

Code de facturation	Libellé
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs, premier jour
09096	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs, chaque jour subséquent
09097	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs avec prise en charge de l'unité, premier jour
09098	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs avec prise en charge de l'unité, chaque jour subséquent
15000	Visite principale
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15002	Visite de contrôle
15005	Visite principale
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15008	Visite de transfert
15009	Visite de suivi oncologique
15010	Visite de contrôle
15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du préambule général)
15012	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur), par jour
15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs, premier jour
15015	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs, chaque jour subséquent
15020	Visite principale
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15022	Visite de contrôle
15025	Visite principale

Code de facturation	Libellé
15026	Visite principale subséquente, par trimestre
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15028	Visite de contrôle
15030	Visite principale
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15032	Visite de contrôle
15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale
15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale
16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique – Maximum : 1 par patient, par année civile
16055	Visite de suivi oncologique
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique – Maximum : 1 par patient, par année civile