

> Médecins spécialistes

Modification 117 à l'Accord-cadre – Remplacement de l'Annexe 29

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu de la Modification 117 à l'Accord-cadre.

Cette infolettre vous présente les principaux changements en lien avec le remplacement de l'[Annexe 29 concernant la rémunération des médecins spécialistes exerçant dans des unités de soins intensifs désignées](#) en date du **23 mars 2026**. Certains ajustements sont également apportés par concordance dans le reste de l'Entente. Consultez-la pour connaître tous les changements.

Les autres changements apportés par la Modification 117 vous sont présentés dans une infolettre distincte.

SOMMAIRE

1	Partie 1 – Unité fermée	2
1.1	Forfait de prise en charge de l'unité	2
1.2	Forfait de prise en charge du patient	3
1.3	Rémunération additionnelle à l'intérieur d'une unité de soins intensifs	3
1.3.1	Admission d'un patient aux soins intensifs.....	3
1.3.2	Visite principale et visite de contrôle d'un patient admis aux soins intensifs	4
1.3.3	Évaluation en vue du transfert d'un patient	4
1.3.4	Support ventilatoire à pression positive pour un patient en situation de défaillance respiratoire	4
1.4	Rémunération additionnelle à l'extérieur de l'unité de soins intensifs.....	5
1.5	Garde en disponibilité	5
1.6	Médecin spécialiste consultant ou consultante	6
1.7	Majorations.....	6
1.8	Limitations et particularités	7
2	Partie 2 – Unité ouverte	7
2.1	Forfait de prise en charge du patient	7
2.2	Majorations.....	8
2.3	Limitations et particularités	8

c. c. : Agences de facturation commerciales

Courriel et site Web

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel
www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels

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)

L'Annexe 29 rémunère l'ensemble des activités et services que vous accomplissez en établissement et qui sont liés à la prise en charge de patients ou d'unités de soins intensifs. Les unités fermées et ouvertes sont **désignées par les parties négociantes**. La liste des unités désignées est accessible sur la page Web [Listes de désignations et listes de garde](#). La rémunération versée en vertu de l'Annexe 29 peut être majorée selon les dispositions de l'article 1 de l'[Annexe 19](#). Elle n'est pas considérée aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique prévus à l'[Annexe 8](#).

Les établissements sont maintenant responsables d'identifier les médecins qui **détiennent des privilèges de pratique en unité fermée de soins intensifs** et qui désirent se prévaloir des modalités de la partie 1 de l'Annexe 29. Ils nous en informent en nous transmettant le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Médecins spécialistes](#) (4575). Si vous êtes actuellement désigné ou désignée par les parties négociantes dans une unité fermée d'une installation, nous considérons que vous avez les privilèges requis dans celle-ci. Votre établissement n'a pas à nous transmettre de formulaire dans cette situation. Pour tout nouvel octroi ou retrait de privilèges, adressez-vous à votre établissement. Nous vous enverrons une confirmation lorsque nous serons prêts à recevoir votre facturation.

1 Partie 1 – Unité fermée

Lorsque vous prenez en charge une unité fermée, vous recevez une rémunération pour les prises en charge de l'unité et de patients selon les périodes de jour (7 h à 19 h), de soir (19 h à 24 h) ou de nuit (24 h à 7 h).

1.1 Forfait de prise en charge de l'unité

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
09294	Forfait de prise en charge de l'unité de jour (présence de 8 heures consécutives)	681,00
09295	Forfait de prise en charge de l'unité de jour (présence de 10 heures consécutives)	851,00
42420	Forfait de prise en charge de moins de trois unités de soir	425,50
42421	Forfait de prise en charge de trois unités et plus de soir	510,60
42422	Forfait de prise en charge de moins de trois unités de nuit	595,70
42423	Forfait de prise en charge de trois unités et plus de nuit	714,85

Pour la période de jour, votre présence de 8 ou 10 heures consécutives est requise dans l'installation.

Pour chacune des périodes mentionnées, vous avez droit à un seul de ces forfaits de prise en charge. De plus, un seul forfait peut être facturé par unité, par période.

Pour facturer la prise en charge d'une ou plusieurs unités de soir ou de nuit, vous devez effectuer cette prise en charge sur place dans l'installation, pour l'ensemble de la période visée, en raison de l'état clinique d'un ou plusieurs patients.

Lorsque vous prenez en charge une unité de soir ou de nuit, vous ne pouvez pas facturer les suppléments de garde prévus à l'Annexe 25 et à l'article 6 de l'Annexe 29 pour la même période.

Inscrivez l'heure de début de tous les services de l'Annexe 29 ainsi que l'heure de début pour tous les services facturés le même jour.
Précisez le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**, même s'il s'agit d'une unité de soins intensifs de néonatalogie.

Si vous recevez normalement une rémunération selon le mode mixte dans l'installation où vous facturez le forfait de prise en charge de l'unité, utilisez l'élément de contexte **Service rendu pendant la période où un forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs de l'Annexe 29 est facturé** pour tous les services facturés pendant la même période (voir l'article 15.2 iii de l'Annexe 38 ou l'article 11.2 de l'Annexe 40).

1.2 Forfait de prise en charge du patient

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15950	Forfait de prise en charge du patient Jour	129,65
15951	Forfait de prise en charge du patient Soir	86,45
15952	Forfait de prise en charge du patient Nuit	121,00

Pour chaque patient que vous prenez en charge lors de la prise en charge de l'unité, vous pouvez facturer les forfaits ci-dessus à chaque période de prise en charge.

Pour les périodes de soir ou de nuit, vous ne pouvez pas facturer les forfaits de prise en charge de tous les patients de toutes les unités que vous prenez en charge. Vous devez facturer uniquement les forfaits de prise en charge du patient pour les patients séjournant dans l'unité qui justifie que vous effectuiez une prise en charge de l'unité de soir ou de nuit. Pour les patients des autres unités, à la place du forfait de prise en charge du patient, vous pouvez facturer l'admission de l'[article 3.1](#) (code de facturation **15953**) et les visites d'un patient à l'intérieur d'une unité de soins intensifs de l'[article 3.2](#) (codes de facturation **15954** et **15955**), selon le cas.

Un seul forfait de prise en charge du patient est facturable par patient, par période, par installation.

Les forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs avec prise en charge de l'unité (codes de facturation **09097** et **09098**) sont abolis.

Pour un patient admis à l'unité de soins intensifs en cours de période, inscrivez l'heure d'entrée du patient comme heure de début du service.
Inscrivez le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**, même s'il s'agit d'une unité de soins intensifs de néonatalogie.

1.3 Rémunération additionnelle à l'intérieur d'une unité de soins intensifs

1.3.1 Admission d'un patient aux soins intensifs

Vous pouvez facturer l'admission (code de facturation **15953**) une fois par patient, au lieu du forfait de prise en charge du patient, pour son admission aux soins intensifs, par installation. Vous pouvez également facturer cette visite lors de l'admission d'un patient dans une unité à la suite d'un transfert en provenance d'une autre installation.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15953	Admission d'un patient aux soins intensifs	260,70

Vous pouvez facturer un maximum de 3 admissions en soins intensifs par unité, pour la période de jour. Toute autre admission lors de la période de jour doit être facturée avec le forfait de prise en charge du patient de jour, et l'admission d'un patient aux soins intensifs ne peut pas être utilisée pour ce patient pour les périodes subséquentes.

L'admission ne peut pas être facturée dans la même installation lors d'une réadmission aux soins intensifs après moins de 48 h. Un forfait de prise en charge du patient peut alors être facturé.

Utilisez l'élément de contexte *Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation pour une réadmission après 48 h*, s'il y a lieu.

1.3.2 Visite principale et visite de contrôle d'un patient admis aux soins intensifs

Pour un patient aux soins intensifs, vous pouvez facturer un seul honoraire de visite principale (code de facturation **15954**) par période de 7 jours pour une même admission aux soins intensifs.

La visite principale ne peut pas être facturée si vous avez facturé un forfait de prise en charge du patient ou une admission dans les 7 derniers jours pour le même patient, pour une même admission aux soins intensifs. Si la visite principale est effectuée dans le cadre d'une admission différente aux soins intensifs, utilisez l'élément de contexte *Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation*.

Pour un même patient, vous ne pouvez pas facturer le forfait de prise en charge du patient avec la visite principale ou la visite de contrôle pour la même période.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15954	Visite principale d'un patient admis aux soins intensifs	172,50
15955	Visite de contrôle d'un patient admis aux soins intensifs	57,75

Vous pouvez facturer un maximum de 2 visites par patient, par période, par installation, y compris l'admission, la visite principale et la visite de contrôle.

1.3.3 Évaluation en vue du transfert d'un patient

Vous pouvez facturer l'évaluation en vue d'un transfert une fois par patient, par installation, pour la période entre 7 h et 7 h le lendemain. On ne considère pas le retour du patient comme une réadmission dans l'unité.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15959	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient dans une autre installation pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	144,45

1.3.4 Support ventilatoire à pression positive pour un patient en situation de défaillance respiratoire

Vous pouvez facturer un seul support ventilatoire à pression positive ou un seul support ventilatoire invasif (patient intubé ou trachéotomisé) à pression positive en décubitus ventral par patient, entre 7 h et 7 h le lendemain, par installation. Lorsque l'état du patient change au cours de cette période, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération de l'autre support ventilatoire. Le libellé du service codifié **00900** en lien avec les soins de ventilation est modifié et le code de facturation **00929** est aboli.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
00900	Support ventilatoire à pression positive	78,00
41000	Support ventilatoire invasif (patient intubé ou trachéotomisé) à pression positive pour installation en décubitus ventral	183,55

1.4 Rémunération additionnelle à l'extérieur de l'unité de soins intensifs

Lorsque vous êtes en charge ou de garde dans au moins une unité désignée et que, dans le cadre de vos fonctions de soins intensifs, vous devez aller voir un patient à l'extérieur des soins intensifs en raison de son état ou que votre expertise particulière l'exige, vous pouvez facturer les visites suivantes :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15956	Visite principale de soins intensifs	172,50
15957	Consultation de soins intensifs	260,70
15958	Visite de contrôle de soins intensifs	57,75

Pour un même patient, vous ne pouvez pas facturer l'admission avec la consultation de soins intensifs ou la visite principale de soins intensifs au cours de la même période.

La visite principale de soins intensifs ne peut pas être facturée pour un patient revu moins de 24 heures après un séjour dans une unité de soins intensifs, pour une même hospitalisation.

Vous pouvez facturer la consultation de soins intensifs une fois par patient, par hospitalisation, dans une même installation.

Vous pouvez facturer un maximum de 2 visites de contrôle par patient, par période, par installation.

Lors de la facturation de la consultation de soins intensifs, inscrivez le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.

1.5 Garde en disponibilité

De soir ou de nuit, lorsque la prise en charge de l'unité dans l'installation n'est pas requise, vous pourriez être de garde en disponibilité pour une unité de soins intensifs fermée. Dans ce cas, vous pouvez facturer un des suppléments de garde locale suivants en lieu et place de ceux prévus à l'Annexe 25. Il en est de même pour la garde en support, qui couvre les périodes de soir et de nuit (19 h à 7 h le lendemain), quand l'unité est désignée par les parties négociantes.

Vous pouvez facturer un seul supplément de garde par période. De plus, un seul supplément de garde locale et un seul supplément de garde en support sont payables par 3 unités de soins intensifs ou moins par période, par installation.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
42424	Supplément de garde locale de soir	95,00
42425	Supplément de garde locale de nuit	95,00
42426	Supplément de garde en support	95,00

Lorsque vous facturez les suppléments de garde en disponibilité, vous ne pouvez pas vous prévaloir, pour la même période, des services médicaux paraissant à l'Onglet B – Tarification des visites, à l'exception des services de l'Annexe 24, des services de déclaration de décès (code de facturation 09200), du supplément pour interprète (code de facturation 15761), du constat de décès à distance (code de facturation 15264) et de la thérapie de communication (code de facturation 08925).

Inscrivez l'heure de début de la garde et de tous les services effectués le même jour que la facturation d'un supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 29. Pour le supplément de garde en support (code de facturation **42426**), inscrivez comme heure de début du service 19 h. De plus, indiquez l'heure de début pour les services facturés le même jour et le lendemain.

Si votre rémunération habituelle est selon le mode mixte dans l'installation où vous facturez une garde en disponibilité de l'Annexe 29, utilisez l'élément de contexte ***Service rendu pendant la période où un supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 29 est facturé*** pour tous les services facturés pendant la même période (voir l'article 15.2 iii de l'Annexe 38 ou l'article 11.2 de l'Annexe 40).

1.6 Médecin spécialiste consultant ou consultante

Vous pourriez devoir intervenir dans une unité fermée de soins intensifs en raison de votre expertise et de la complexité, du degré de difficulté et des risques liés à l'état du patient. Dans ce contexte, vous seriez alors considéré comme un consultant qui, en raison de son expertise, apporte son support au médecin spécialiste qui prend en charge une unité ou qui est de garde pour une unité.

En tant que consultant ou consultante, si vous détenez des privilèges en soins intensifs et répondez aux conditions ci-dessus, vous pouvez facturer les services de l'Annexe 29 et être soumis aux règles qui y figurent si vous avez facturé une prise en charge ou une garde en disponibilité de l'article 6 de l'Annexe 29 pour une autre unité à la même période.

Si vous ne détenez pas de privilèges ou que vous n'avez pas facturé de prise en charge ou de garde aux soins intensifs pendant cette période, vous devez facturer les services habituels prévus à l'Entente. Vous serez alors soumis aux modalités, majorations et limitations correspondantes.

Vous pouvez facturer les procédés diagnostiques et thérapeutiques de l'[annexe 1](#) de l'Annexe 29 en tant que consultant.

Utilisez l'élément de contexte ***Intervention en situation complexe rendue dans une unité fermée de soins intensifs de l'Annexe 29*** pour indiquer que vous rendez vos services à titre de consultant ou consultante.

1.7 Majorations

Le forfait de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient sont majorés du tiers le samedi, le dimanche et un jour férié.

Les suppléments de garde locale ou en support de l'[article 6](#) sont majorés de 100 % le samedi, le dimanche et un jour férié.

Tous les autres services rendus selon la partie 1 de l'Annexe 29 sont majorés de cette façon :

- 70 % lorsque les services sont rendus de 7 h à 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié ainsi que de 19 h à 24 h, du lundi au vendredi;
- 150 % lorsque les services sont rendus de 24 h à 7 h tous les jours.

Utilisez l'élément de contexte ***Service rendu pendant la période où un forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs de l'Annexe 29 est facturé*** ou ***Service rendu pendant la période où un supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 29 est facturé***, s'il y a lieu, et inscrivez l'heure de début des services.

Si vous devez vous rendre dans une installation pour une ou plusieurs urgences, vos honoraires seront minimalement de 245 \$ de 24 h à 7 h (code de facturation **09216**) et minimalement de 163 \$ pour le reste de la garde (code de facturation **09217**).

Les majorations d'urgences prévues à la règle 14 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* et de la règle 4 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement* ne s'appliquent pas.

1.8 Limitations et particularités

- Malgré l'article 2.3 de l'*Addendum 4 – Chirurgie*, si votre spécialité de classement est la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, la chirurgie générale, la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie ou l'obstétrique-gynécologie et que vous confiez votre patient à un médecin qui a facturé les forfaits de prise en charge et qui est certifié dans une spécialité chirurgicale, vous pouvez facturer vos visites de contrôle postopératoires.
- Lorsque vous facturez les forfaits de prise en charge, vous ne pouvez pas vous prévaloir, pour la même période, des services médicaux suivants :
 - services paraissant à l'[annexe I](#) de l'Annexe 29, s'ils sont réalisés dans l'unité prise en charge;
 - services rendus dans un centre de traitement de la douleur chronique (Annexe 41);
 - services paraissant à l'*Onglet B – Tarification des visites*, à l'exception des services de l'Annexe 24, des services de déclaration de décès (code de facturation **09200**), du supplément pour interprète (code de facturation **15761**), du constat de décès à distance (code de facturation **15264**) et de la thérapie de communication (code de facturation **08925**);
 - services paraissant aux onglets C à U quand le service fait l'objet d'une facturation en rôle 2 à la même séance.

Utilisez l'élément de contexte *Service rendu sans la participation d'un anesthésiologiste* lorsque vous facturez un service faisant l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2) sans la participation d'un anesthésiologiste au cours de la période.

- Vous ne pouvez pas facturer les soins de réanimation (codes de facturation **09304**, **09404** et **09405**) pour un patient pour lequel vous avez facturé un forfait de prise en charge du patient ou une admission pour la même période.
- Lors de la stabilisation et du maintien d'un donneur potentiel, vous devez facturer les services codifiés **00414** et **20178** au lieu du forfait de prise en charge du patient ou de l'admission.
- Les services codifiés **20140**, **20141**, **00389**, **09382** et **09383** ne peuvent pas être facturés plus d'une fois par période de 24 heures, de 7 h à 7 h le lendemain, pour chacun des patients pour lequel une admission ou un forfait de prise en charge est facturé pendant la même période.
- Aucun autre médecin ne peut facturer les services de l'[annexe I](#) de l'Annexe 29, excepté le consultant de l'[article 4](#) de l'Annexe 29, sur les lieux de l'unité, pour un patient pour lequel une admission ou un forfait de prise en charge est facturé pendant la même période.
- Le forfait de prise en charge du patient ainsi que les visites de la partie 1 sont exclus de l'honoraire global de chirurgie (*Addendum 4 – Chirurgie*).

2 Partie 2 – Unité ouverte

Lorsque vous pratiquez dans une unité ouverte, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération pour la prise en charge des patients conformément aux forfaits indiqués à la nomenclature des visites de votre spécialité ([Onglet B du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#)). Vous facturez ce forfait dès lors qu'un patient séjourne à l'unité des soins intensifs de 7 h à 19 h. Ce forfait s'applique pour une partie ou la totalité de la **période de 24 heures, soit de 7 h à 7 h**, selon l'heure d'admission du patient dans l'unité. Quand le séjour débute après 19 h, vous pouvez facturer le forfait uniquement à compter du début de la prochaine période de 24 heures.

2.1 Forfait de prise en charge du patient

Le forfait de prise en charge du patient se décline en 2 forfaits, soit le premier jour et chaque jour subséquent. Le forfait inclut les honoraires de visites, de thérapie de communication et de surveillance du patient. Il comprend également les honoraires de réanimation cardiorespiratoire, excepté lorsqu'elle est réalisée de 19 h à 7 h. Les autres médecins peuvent facturer la réanimation cardiorespiratoire en tout temps.

Un seul forfait peut être facturé par patient, par période de 24 heures, par installation.

En pédiatrie, le forfait comprend la première heure de présence immédiate. Chaque quart d'heure additionnel est rémunéré au taux de 34 \$ (code de facturation **00010**). Ce tarif inclut tout service rendu au patient. Pendant ce temps, vous ne pouvez rendre aucun service à un autre patient. Le libellé du service a été modifié en concordance.

Lorsqu'un patient a quitté l'unité de soins intensifs depuis plus de 48 heures et y est réadmis, vous pouvez facturer le forfait du premier jour lors de la réadmission.

En pédiatrie, 2 nouveaux forfaits en unité ouverte de soins intensifs en néonatalogie sont introduits :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
16142	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs (néonatalogie) / premier jour	209
16143	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs (néonatalogie) / chaque jour subséquent	134

Pour les forfaits de prise en charge du patient en unité ouverte, inscrivez l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service pour le forfait « premier jour ».

Inscrivez l'heure de début de la visite, de la thérapie de communication, de la surveillance du patient ou de la réanimation cardiorespiratoire.

Précisez le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**, même s'il s'agit d'une unité de soins intensifs de néonatalogie.

2.2 Majorations

Le forfait de prise en charge du patient est majoré du tiers le samedi, le dimanche et un jour férié.

Si vous recevez le forfait de prise en charge du patient, vous avez droit à la majoration prévue à la [règle 14 du Préambule général](#), pour les urgences auxquelles vous répondez pour la période de 19 h à 7 h.

S'il y a lieu, utilisez l'élément de contexte *Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE* et indiquez l'heure de début du service.

2.3 Limitations et particularités

- Aucun autre médecin de la même discipline que celui qui prend en charge le patient ne peut facturer de visite pour ce patient, sauf en cas d'urgence (de 19 h à 7 h) ou lors d'une circonstance exceptionnelle en raison de la complexité du cas ou lorsqu'une expertise particulière est nécessaire.

Utilisez l'élément de contexte *Visite rendue à l'unité de soins intensifs dans des circonstances exceptionnelles*.

- Dans l'unité de soins intensifs, aucun médecin ne peut facturer les services suivants. Toutefois, le médecin qui facture la prise en charge du patient peut s'en prévaloir pour les urgences auxquelles il répond de 19 h à 7 h :

Code de facturation	Libellé
00148	Aspiration duodénale ou intestinale
00149	Aspiration de l'estomac ou de l'œsophage
00302	Cathétérisme vésical d'urgence
00336	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)
00337	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : veineuse

00432	Injection de médicament par intubation trachéobronchique
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire
00647	Exsanguino-transfusion (chacune)
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence
00585	Ponction artérielle pour prélèvement sanguin
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie
00751	Drainage veine fémorale ou jugulaire
00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant
09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz

Toutefois, les services codifiés **00901**, **09304**, **00336** et **00337** peuvent être facturés dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

Le service *Cathétérisme de la veine, ou d'une artère, ombilicale, incluant le prélèvement* ne peut pas être facturé dans une unité de néonatalogie (code de facturation **00301**).

- Tous les médecins peuvent facturer les soins de ventilation prévus à l'[Annexe 6](#).
- Les honoraires globaux pour les soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue, un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique ne sont pas inclus dans le forfait de prise en charge. Il en est de même des soins neurochirurgicaux pour traumatismes cranio-encéphaliques.
- Le forfait de prise en charge du patient est exclu de l'honoraire global de chirurgie (*Addendum 4 – Chirurgie*).