

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-9
Biochimie	B-13
Cardiologie	B-15
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-23
Chirurgie générale	B-27
Chirurgie orthopédique	B-31
Chirurgie plastique	B-33
Chirurgie vasculaire	B-35
Dermatologie	B-37
Endocrinologie	B-45
Gastro-entérologie	B-51
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-55
Génétique médicale	B-57
Gériatrie	B-61
Hématologie - oncologie médicale	B-67
Hygiène publique	B-73
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-75
Médecine d'urgence	B-81
Médecine interne	B-89
Médecine nucléaire	B-95
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-97
Microbiologie - Infectiologie	B-99
Néphrologie	B-105
Neurochirurgie	B-109
Neurologie, neuropsychiatrie, électroencéphalographie	B-113
Obstétrique - Gynécologie	B-119
Ophtalmologie	B-131
Oto-rhino-laryngologie	B-137
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-141
Pédiatrie	B-143
Physiatrie	B-151
Pneumologie	B-157
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-161
Psychiatrie	B-169
Radio-oncologie	B-185
Rhumatologie	B-189
ADDENDUM 12 - SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL	B-193
Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	B-195
Urologie	B-201
Hors discipline	B-205
Divers	B-207
# EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N ^o 5)	B-213
# ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 6)	B-213

	<i>Page</i>
# LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N ^O 64)	B-215
# LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N ^O 172)	B-216
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-218
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-218
# SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER.	B-219
# ANNEXE 24 - 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	B-220
# ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE <i>Abrogé</i>	B-233

B - TARIFICATION DES VISITES

ADDENDUM 1. - MÉDECINE

1. Supplément de durée

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

La tarification du supplément de durée est prévue aux tableaux d'honoraires; nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale ou à la visite de transfert.

Le médecin indique la durée de la visite.

- + Le supplément de durée s'applique aux disciplines médicales, sauf pour les médecins classés en cardiologie, en psychiatrie, en médecine interne et en médecine d'urgence et en radio-oncologie. Il s'applique également au médecin classé en microbiologie.

2. Limitations

Celui qui demande paiement d'un supplément de durée, n'a pas droit au tarif de la thérapie de communication.

Il n'y a pas ouverture au supplément de durée pour une entrevue de counselling ou pour un bilan de santé.

Sauf pour le malade hospitalisé, le supplément de durée n'est payé qu'une fois par période de 12 mois, à l'exception du médecin classé en rhumatologie pour lequel le supplément de durée n'est payé que trois fois par période de 12 mois.

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

3.1 La tarification des visites en hématologie-oncologie médicale varie selon que le médecin appartient au groupe A ou au groupe B.

3.2 Appartient au groupe A, le médecin spécialiste qui détient un certificat de spécialiste en hématologie.

3.3 Appartient au groupe B, le médecin spécialiste qui détient un certificat de spécialiste en oncologie médicale et qui ne détient pas de certificat de spécialiste en hématologie.

3.4 De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent désigner comme appartenant au groupe B, le médecin spécialiste qui détient à la fois un certificat de spécialiste en oncologie médicale et un certificat de spécialiste en hématologie, lorsque ce médecin exerce principalement en oncologie médicale et n'a aucune activité de laboratoire.

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

La visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale est la visite que le médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie médicale effectue, en hospitalisation ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **09012, 15009, 16053 et 16055** sous le présent onglet.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ. Elle inclut également la thérapie de communication, sauf lorsque effectuée auprès d'un patient de 14 ans et moins et pour une durée de 60 minutes ou plus.

Elle peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient.

Elle remplace la visite de contrôle.

TARIFICATION DES VISITES

NOMENCLATURE DES VISITES ET DES SUPPLÉMENTS DE CONSULTATION

AVIS : *Le supplément de consultation ne peut être facturé seul, puisqu'il est inclus dans le tarif de la consultation qui comprend les honoraires de la visite principale et le supplément de consultation. Inscrire le code d'acte de la consultation seulement. Voir la règle 6.1 du préambule général.*

*Dans les tableaux d'honoraires, les actes qui paraissent en italique sous le titre **AVIS**, ne figurent pas dans les tableaux des honoraires de l'accord-cadre; ils sont ajoutés par la Régie afin de permettre une application de certaines règles et une meilleure facturation.*

Enfin, la présence d'un ou plusieurs astérisques () suivant le libellé d'un acte réfère à un regroupement d'avis au bas de la page.*

EXEMPLE :

09127	Visite principale	61,40
----	Supplément de consultation	49,20
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	110,60

ALLERGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n° 29.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	88,50
T 15363	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation	73,50
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,00
T 15364	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
T 09129	Visite de contrôle	59,50
T 15365	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	88,50
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	88,50
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
T ----	Supplément de consultation	68,50
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	157,00
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09080	Supplément de durée (1*)	11,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09094	Visite de transfert	38,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09152	Visite de contrôle	42,00
15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	45,00
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	107,00
09096	chaque jour subséquent	63,00
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>	
T 09097	<i>premier jour</i>	104,00
T 09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
	Externe	
T 09162	Visite principale	66,00
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
T ----	Supplément de consultation 54,00	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	120,00
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09078	Supplément de durée	16,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
T 09164	Visite de contrôle	38,00
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00

		Salle d'urgence	
T	15378	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	157,00
	15379	patient de 10 ans et moins, supplément.	15,00
	15380	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément.	40,00
<u>AVIS :</u> Incrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.			
		Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
	09147	Visite principale	21,00
	09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
	09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,90
	09148	Visite de contrôle	11,00
		Domicile :	
T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00
		Supervision du traitement de remplacement de gammaglobuline ou de l'inhibiteur de la c1 estérase :	
	16000	par voie sous-cutanée ou intraveineuse, à domicile, par mois, par patient	75,00
		Établissement :	
	15381	Évaluation - greffe de moelle Évaluation d'un malade dirigé pour déterminer l'opportunité d'une greffe de moelle, dans les cas d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres)	250,00
NOTE : L'acte codé 15381 n'est payable qu'une fois par patient, par année civile			
#		<u>AVIS :</u> Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	66,00
T ----	Supplément de consultation 54,00	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00
09088	Supplément de durée	16,80

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T 09202	Visite de contrôle	38,00
---------	--------------------------	-------

ANESTHÉSIOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	16,80
	Supplément de consultation 22,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40
09129	Visite de contrôle	8,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	15,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09135	Visite de contrôle	10,50
15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement.	26,30
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent.	47,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent.</i>	104,00

Soins intensifs		
15482	Visite principale.	60,00
----	Supplément de consultation 65,00	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00
15484	Visite de contrôle.	24,00

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.*

Externe		
09162	Visite principale.	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle.	10,50

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

D 15485	Clinique d'évaluation préopératoire Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	25,00
+ 15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	75,00
+ 15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	125,00
D 15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00

15601	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
15602	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	125,00
	NOTE : Un nombre de demi-journées est alloué par les parties négociantes, par semaine, à chaque établissement selon la catégorie d'établissement auquel il appartient. Le nombre de demi-journées maximal est déterminé en fonction du volume des chirurgies, des types de chirurgies et d'un ratio d'évaluation de patients déterminé selon la lourdeur de la clientèle et la catégorie d'établissement :	
	- Établissement A : 10 demi-journées par semaine	
	- Établissement B : 5 demi-journées par semaine	
	- Établissement C : 2 demi-journées par semaine	
	- Établissement D : 1 demi-journée par semaine	
+	NOTE : Une demi-journée s'entend d'une période d'activité minimale de trois heures et demie.	
	NOTE : Le maximum total pour la combinaison des actes codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 est de 15 actes par demi-journée, par centre désigné.	
	NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la règle 13 de l' <i>Addendum 8 - Anesthésiologie</i> .	
	NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 sont réservés aux centres désignés par les parties négociantes.	
D	NOTE : Aucun autre acte en rôle 1, en rôle 2 et en rôle 3 ne peut être facturé pendant cette demi-journée, à l'exception des actes 00489, 00910, 00911, 00939, 00954, 09403, 09404, 09405, 41031, 41040 et 41051.	
S		

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09202	Visite de contrôle	10,50

BIOCHIMIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	51,90
----	Supplément de consultation 54,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09129	Visite de contrôle	26,90

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	61,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,70
----	Supplément de consultation 44,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09094	Visite de transfert	44,60

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	21,60
-------	--------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09164	Visite de contrôle	22,10

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09202	Visite de contrôle	22,10

CARDIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n^o 19.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	81,60
----	Supplément de consultation 65,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,55
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	147,55

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09129	Visite de contrôle	42,35
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	89,40
+ 15703	Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément .	40,00

NOTE : L'acte codé 15703 n'est facturable qu'une fois par patient, par hospitalisation, pour l'ensemble des cardiologues.

NOTE : L'acte codé 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.

AVIS : Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	89,40
S ----	Supplément de consultation 86,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,30
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	176,30

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09094	Visite de transfert	89,40
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	45,35
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	59,10

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	164,45
09096	chaque jour subséquent	92,10
+ 15664	Rapport de consultation à distance nécessitant une révision d'imagerie (coronarographie, ultrasonographie, IRM) à la demande d'un médecin référant d'un autre établissement, pour évaluer la nécessité d'un transfert ou l'éligibilité à une thérapie correctrice chirurgicale ou par intervention percutanée, avec rapport écrit au dossier	65,80
	NOTES :	
	1. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec les actes codés 98101 et 98105.	
	2. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les actes codés 00294, 00632, 00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour.	
	3. L'acte codé 15664 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	80,25
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	111,80
	<u>AVIS :</u> <i>Pour les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire le code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité coronarienne.</i>	
00024	Visite de départ	85,55
15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
09162	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09164	Visite de contrôle	39,50
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	131,50
16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile)	65,80
15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	20,00
	NOTES :	
D	1. Les actes codés 15705, 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	
	2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, l'acte codé 16004 peut être demandé par un autre médecin.	
	- CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or	
	- Hôpital et CLSC de Val-d'Or	
	- CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles	
	- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16004, inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	

R = 1

15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)	99,25
-------	---	-------

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM - Hôpital Notre-Dame
- CUSM - Site Glen
- CHU Sainte-Justine
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

D

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	183,55
-------	---	--------

15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	183,55
-------	---	--------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	26,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,30
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,80
09148	Visite de contrôle	13,75

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

09207	Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	328,95
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	147,30

NOTE : Le service médical codé 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM (Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu)
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHU Sainte-Justine
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

D

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09207 et 09208, inscrire :*

- *l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;*
- *le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;*
- *la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.*

15706 Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée. 147,30

NOTE : L'acte codé 15706 ne peut s'appliquer à l'angioplastie coronarienne ou extrathoracique et il ne peut être facturé le même jour que l'intervention.

NOTE : L'acte codé 15706 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

AVIS : *Pour la facturation du code d'acte 15706, inscrire :*

- *l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;*
- *le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;*
- *la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.*

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale.	181,60	
	Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).		
	Liste agréée des établissements en cardiologie :		
D	<ul style="list-style-type: none"> - Institut de Cardiologie de Montréal; - CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu); - CUSM (Site Glen, Hôpital général de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal); - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal; - CHU Sainte-Justine; - CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval); - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPO); - CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu); - Hôpital général juif. 		
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation du code d'acte 15130, inscrire :</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> - l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO; - le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC; - la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement. 		
S	15707	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire.	157,90
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation du code d'acte 15707, inscrire :</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> - l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO; - le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC; - la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement. 		

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80
 <u>AVIS</u> : Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
09202	Visite de contrôle	39,50

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 09286, 09288 et 09290**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	10,50
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	52,60
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09292	Supplément de durée	26,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09152	Visite de contrôle	28,30
-------	--------------------------	-------

AVIS : **(1*)** Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	132,60
09096	chaque jour subséquent	74,30
	NOTE : Ce forfait n'est payable qu'au chirurgien cardiovasculaire et thoracique qui détient une certification en soins intensifs.	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
+	Soins intensifs	
+ 15746	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	150,00
+	NOTE : L'acte codé 15746 n'est payable qu'à un chirurgien cardiovasculaire et thoracique intensiviste désigné par les parties négociantes.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la section Établissement. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire le code 4XXX6.</i>	
	Externe	
09162	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la Règle d'application n° 7.</i>	
+ 15747	Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique.	94,40
09164	Visite de contrôle.	28,30
<u>AVIS :</u>	(1*) <i>Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
	(2*) <i>Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
	(3*) <i>Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	

+	Établissement	
09293	Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier.	56,70

Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

D	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Complexe hospitalier de la Sagamie - CUSM - Site Glen et Hôpital général de Montréal - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal - Hôpital Laval - Hôpital Notre-Dame du CHUM - Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant - Hôpital Saint-Luc du CHUM - Hôtel-Dieu du CHUM - Institut de Cardiologie de Montréal - L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis - CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval 	
---	--	--

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie ..	18,00

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 7.*

09148	Visite de contrôle	11,00
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*).....	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*).....	105,00
09202	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	69,00
T ----	Supplément de consultation	70,45
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	139,45
+ ----	Supplément de consultation anténatale	51,00
+ 15708	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) (1*)	120,00
+	NOTE : L'acte codé 15708 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
T 09129	Visite de contrôle	19,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	64,10
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	64,10
T ----	Supplément de consultation	46,95
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	111,05
T ----	Supplément de consultation anténatale	55,90
D 15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) (1*)	120,00
	NOTE : L'acte codé 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
15387	Visite de suivi oncologique	40,00

AVIS : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T 09152	Visite de contrôle.	18,30
09161	Tournée des malades le week-end	
T	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	24,50
T 09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
T 09096	premier jour	107,40
	chaque jour subséquent	72,70

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
T 09097	premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent.	104,00

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien général durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

T 00078	sans instabilité hémodynamique	142,60
T 00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.	428,05

Soins intensifs

15388	Visite principale.	77,30
----	Supplément de consultation 71,90	
15389	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	149,20
15390	Visite de contrôle.	26,50

AVIS : Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
 Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
 Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1
Externe		
T 09162	Visite principale	52,95
T ----	Supplément de consultation 58,10	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	111,05
+ ----	Supplément de consultation anténatale 67,05	
+ 15709	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) (1*)	120,00
+	NOTE : L'acte codé 15709 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
15391	Visite de suivi oncologique	40,00
<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.		
T 09164	Visite de contrôle	15,80
T 15272	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge	672,80
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.	
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours	
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15272.	
#	<u>AVIS</u> : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant : - ZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires; - la lettre « A » dans la case C.S., mais ne rien inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	<i>Veillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.</i>	
	<i>Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.</i>	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	23,35
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	23,35
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	46,05
T 09148	Visite de contrôle	12,15

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	52,95
T ----	Supplément de consultation 58,10	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	111,05
T 09202	Visite de contrôle	15,80

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.
- Pour la facturation de tous les codes de visite, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	70,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	100,00
09292	Supplément de durée.....	42,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	18,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	55,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,00
----	Supplément de consultation 23,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,85
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

Externe

09162	Visite principale	55,00
T ----	Supplément de consultation 24,55	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	32,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	32,00
----	Supplément de consultation 28,00	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	60,00
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 24,55	
T T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09202	Visite de contrôle	14,50

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,00
----	Supplément de consultation 9,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	54,00
09292	Supplément de durée	100,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	27,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	48,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,00
09152	Visite de contrôle	34,00

Externe

09162	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,00
09164	Visite de contrôle	27,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	28,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	50,00
09202	Visite de contrôle	27,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE VASCULAIRE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,70
----	Supplément de consultation 52,10	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	102,80
09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,60
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09152	Visite de contrôle	14,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	19,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	79,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

AVIS : - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

**AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ
par jour, par patient**

T	09097	premier jour	104,00
T	09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien vasculaire durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien vasculaire qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien vasculaire, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.....	315,00
Externe		
09162	Visite principale.....	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09164	Visite de contrôle.....	12,60

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.....	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

DERMATOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des visites de cette section, voir les articles 1 et 2 de la Règle d'application n° 22.*

15488 Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus 13,00

NOTE : L'acte codé 15488 peut s'appliquer à toutes les visites dans tous les lieux de dispensation.

Malgré la règle 2.2 de l'addendum de Chirurgie, le dermatologiste a droit au tarif de sa visite sans égard aux autres actes qu'il pose en cette occasion.

NOTE : Le supplément pour traitement d'ulcère peut être facturé dans les situations suivantes :

- Plaie au membre inférieur secondaire à une insuffisance veineuse, insuffisance artérielle ou à un pied diabétique;
- Plaie de pression au niveau du siège de Grade II ou plus;
- Plaie chronique (> 6 semaines) postchirurgie ou post-radiothérapie;
- Pyoderma gangrenosum;
- Collagénose avec ulcérations;
- Néoplasie ulcérée incurable.

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.*

Cabinet privé :

15489	Visite de suivi pour pathologies lourdes - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou ac-trétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques; - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - gnodermatoses graves sous traitement actif; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	65,50
-------	--	-------

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

D NOTE : Le code 15489 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09180	Visite principale	53,00
16008	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 25,70	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,70
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgétole, supplément.	10,80

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'urgétole référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

16010	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 35,10	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	88,10

NOTE : L'acte codé 16011 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.

09220	Supplément de durée (1*)	54,20
-------	---	-------

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : (**1***) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	55,50
09182	Visite de contrôle	34,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15490	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques; - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - gnodermatoses graves sous traitement actif; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	54,60
-------	--	-------

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

D NOTE : Le code 15490 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09183	Visite principale	63,20
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,20
16013	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 34,15	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	97,35
16014	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09081	Supplément de durée (1*)	21,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09132	Visite de transfert	41,50

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

R = 1

15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère.	49,30
09185	Visite de contrôle.	26,65
09174	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	29,60
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	119,60
09096	chaque jour subséquent	69,60

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
 - *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
 - *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
 - *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent.....</i>	104,00

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15491	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	119,60
-------	---	--------

AVIS : *Voir la règle 6.3 du préambule général.*

15492	Visite subséquente	69,60
-------	--------------------------	-------

	Externe	
15493	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermatite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques; - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - génodermatoses graves sous traitement actif; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEp, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	54,60
	NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.	
D	NOTE : Le code 15493 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
	<u>AVIS</u> : Incrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
09186	Visite principale	42,45
16016	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 23,20	
09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16017	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,45	
16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	70,90
	NOTE : L'acte codé 16018 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09079	Supplément de durée	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09187	Visite de contrôle	25,25

Salle d'urgence		
16020	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,25

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15494	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques; - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - gènodermatoses graves sous traitement actif; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	54,60
-------	---	-------

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

D NOTE : Le code 15494 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09188	Visite principale	42,45
09297	Visite principale subséquente, par trimestre.	42,45
16021	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16022	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09189	Visite de contrôle	25,25

Domicile :

09190	Visite principale	46,00
09191	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09205	Visite principale	42,45
	16024	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
T	----	Supplément de consultation 23,20	
T	09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
	16025	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
T	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,45	
T	16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	70,90
#		NOTE : L'acte codé 16026 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
	09089	Supplément de durée	32,50
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	15174	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
T	09206	Visite de contrôle	25,25

ENDOCRINOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	90,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15411 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15412 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15413 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
----	Supplément de consultation 116,05	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,05
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15414 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15415 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15416 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	

S

R = 1

09137 Supplément de durée **(1*)** 30,70
 NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129 Visite de contrôle 35,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150 Visite principale 76,70

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 76,70

15417 Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15417 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15418 Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15418 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

---- Supplément de consultation 79,45
 09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 156,15

15419 si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15419 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15420 si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15420 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

09080 Supplément de durée **(1*)** 11,40

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094 Visite de transfert 49,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 25,00

09161 Tournée des malades le week-end 55,00
 (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	98,00
	chaque jour subséquent	57,00
	AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>
15421	Visite de suivi pour patient de moins de 18 ans ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs. .	79,00
	NOTE : Maximum d'une visite par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce médecin pour ce même patient, le même jour, sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.	
00024	Visite de départ	60,00
	AVIS : <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
09162	Visite principale	65,75
15422	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15422 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15423	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15423 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15424	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
	NOTE : L'acte codé 15424 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.	
15425	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15425 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
----	Supplément de consultation	68,55

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
15426	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15426 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15427	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15427 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
	NOTE : L'acte codé 15428 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.	
15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15429 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	

S

15430	Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	60,00
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par patient, par jour.	
	Suivi clinique, au vu du dossier, comprenant l'analyse des tests paracliniques, la prescription de l'investigation ou la révision du traitement si nécessaire	
15710	patient de moins de 18 ans	7,50
15711	patient de 18 ans et plus	5,00
	NOTE : Maximum 1 par patient, par médecin, par semaine Maximum 15 par médecin, par semaine	
09078	Supplément de durée	18,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	25,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes . . .	55,10
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale	65,75
	16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
T	----	Supplément de consultation 68,55	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
	16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
	09088	Supplément de durée	18,40
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	09202	Visite de contrôle	25,00

GASTRO-ENTÉROLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	79,20
----	Supplément de consultation 42,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,50
09137	Supplément de durée (1*)	29,35
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	23,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	50,00
	NOTE : L'acte codé 15351 s'applique avec les actes codés 09060, 09150, 09152, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.	

AVIS : *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

	09150	Visite principale	95,05
	09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,05
S	----	Supplément de consultation 63,35	
	09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	158,40
S	----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 91,15	
	16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	186,20
	16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	66,95
	----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 81,25	

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile.	176,30
09080	Supplément de durée (1*)	11,70

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094	Visite de transfert	63,40
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle.	26,40
09161	Tournée des malades le week-end	52,80

(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	109,35
	chaque jour subséquent	63,60

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15353	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
-------	---	--------

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

S	09162	Visite principale.	63,40
	----	Supplément de consultation 42,20	
	09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
S	----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 97,85	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	161,25
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	66,95
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 112,90	
15354	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09078	Supplément de durée	17,60

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle	21,10
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
-------	---	--------

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	23,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,50
09148	Visite de contrôle	12,25

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

S	09201	Visite principale	63,40
	----	Supplément de consultation 42,20	
S	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
	09088	Supplément de durée	17,60
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	09202	Visite de contrôle	21,10

ADDENDUM 9. - GÉNÉTIQUE MÉDICALE**RÈGLE 1.****ÉVALUATION GÉNÉTIQUE FAMILIALE**

1.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique familiale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique chez un patient, un couple ou sa descendance.

Est inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique familiale le supplément de consultation.

1.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, au cours de l'année suivant l'évaluation initiale, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique familiale s'applique.

RÈGLE 2.**ÉVALUATION GÉNÉTIQUE PRÉNATALE**

2.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique prénatale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique ou de malformation chez le fœtus/embryon actuel d'une patiente enceinte.

Est inclus dans l'honoraire d'évaluation génétique prénatale le supplément de consultation.

2.2 Lorsque plus d'une visite reliée à la même grossesse est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique prénatale s'applique.

RÈGLE 3.**ÉVALUATION GÉNÉTIQUE AU VU DU DOSSIER**

3.1 Le médecin généticien a droit au paiement de cet honoraire pour l'évaluation génétique au vu du dossier d'un patient, d'un couple ou de sa descendance afin de déterminer le risque de maladie génétique.

Cet honoraire ne peut être réclamé par le médecin qui a déjà réclamé, à l'égard d'un même patient, l'honoraire d'évaluation génétique familiale ou prénatale.

RÈGLE 4.**PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC**

4.1 Lors d'une visite, le médecin généticien a droit à un supplément d'honoraires lorsqu'il prescrit une analyse de biologie médicale non disponible au Québec.

Le médecin généticien prescripteur réclamant ce supplément doit préciser les tests requis et compléter la première partie du formulaire prévu à cet égard.

AVIS : Voir les codes d'acte **09005, 09010, 09018 et 09025** sous le présent onglet.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation ou d'une raison d'évaluation différente ou lorsqu'elle est effectuée par un médecin différent.

AVIS : *S'il y a lieu, inscrire la raison d'évaluation différente dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	143,05
T ----	Supplément de consultation 95,45	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50
T 09001	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09002	Suivi d'évaluation génétique familiale (1*)	105,05
T 09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	209,85
T 09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale (1*)	105,05
T 09129	Visite de contrôle	47,55
T 09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

AVIS : *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	246,70
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	246,70
T 16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
T ----	Supplément de consultation 195,30	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	442,00
T 16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
T 09008	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09009	Évaluation génétique prénatale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : (1*) *Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

T 09094	Visite de transfert	143,05
	NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.	

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

15431	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
T 09152	Visite de contrôle.	47,55
T 09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	63,60
T 09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

Externe

T 09162	Visite principale.	198,80
T ----	Supplément de consultation 123,95	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
T 09013	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09014	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	105,05
T 09015	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	105,05
T 09017	Évaluation génétique au vu du dossier	105,05
15432	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
15433	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour pour remplacement enzymatique, incluant l'évaluation clinique prétraitement et la responsabilité durant l'infusion	206,00
T 09164	Visite de contrôle.	47,55
T 09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

AVIS : (1*) *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*
 (2*) *Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	198,80
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre	198,80
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50
T 09021	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09022	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	105,05
T 09023	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	105,05
T 09148	Visite de contrôle	47,55
T 09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS :

(1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.

(2*) Inscire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	198,80
T ----	Supplément de consultation 123,95	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
T 09202	Visite de contrôle	47,55

GÉRIATRIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	51,20
----	Supplément de consultation 41,70	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,90
00032	Supplément de durée (1*)	29,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	29,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	165,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	165,00
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois.	165,00
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15495	Patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15496	Patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15497	patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15498	patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00037	Supplément de durée (1*)	11,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (2*)	40,50
00039	Visite de contrôle.	10,75
T 00041	Tournée des malades le week-end	50,00
T 15500	patient de 85 ans et plus, supplément	24,35
T 15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre)	200,00

AVIS : - *Inscrire le « Score » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*
Voir la règle 5.4 du préambule général.

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*
(2*) *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00053	premier jour	116,70
00054	chaque jour subséquent	67,90
	AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
T 15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	33,00
	NOTE : L'acte codé 15501 ne peut être facturé avec l'acte codé 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.	
T 00024	Visite de départ	150,00
	AVIS : <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00
15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé.	135,00
15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
	Externe	
00042	Visite principale	165,00
15242	patient de 85 ans et plus, supplément.	55,00
15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00
+ 15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément.	25,00
+ 15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément.	50,00

15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation	75,00
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
+ 15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
+ 15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée (1*)	17,85
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
00045	Visite de contrôle.	10,75

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	165,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	165,00
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	165,00
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
00049	Visite de contrôle (1*)	10,75
Domicile :		
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 27.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	165,00
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
00065	Supplément de durée (1*)	17,85
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	10,75

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15279	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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	23,35

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	28,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation (Groupe A)**

09150	Visite principale	109,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
09094	Visite de transfert	62,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	66,65
09012	Visite de suivi oncologique	66,65

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

09152	Visite de contrôle	45,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15

16003	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.	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs. Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur) Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier 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.	
00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation.	64,15

AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
09096	chaque jour subséquent	64,95

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent.</i>	<i>104,00</i>

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale.	109,05
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
15008	Visite de transfert	78,75

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

15009	Visite de suivi oncologique	66,65
-------	---------------------------------------	-------

AVIS : *Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15010	Visite de contrôle.	45,60
-------	-----------------------------	-------

15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15
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	227,90

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier 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.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
15015	chaque jour subséquent	64,95

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale	50,80
T 15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	15,25
----	Supplément de consultation 163,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16053	Visite de suivi oncologique	28,50

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.

R = 1

15281	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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09164	Visite de contrôle.	16,80
16054	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.	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15121	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	77,60
	Externe (Groupe B)	
15020	Visite principale.	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16055	Visite de suivi oncologique	28,50
	<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.	
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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15022	Visite de contrôle.	21,65
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	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
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	77,60

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe A) :**

09147	Visite principale	22,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,05
09148	Visite de contrôle	11,95

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe B) :**

15025	Visite principale	22,80
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,95
15028	Visite de contrôle	11,95

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	154,40
-------	--	--------

NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine

D NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par médecin, par jour.

AVIS : *Inscrire la durée totale de votre participation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.***AVIS :** *Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :**- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;**- le code d'acte 19869 dans la section Actes;**- le code d'établissement.****Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.***

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

Groupe A		
09201	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15283	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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	16,80
Groupe B		
15030	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
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	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	21,65

HYGIÈNE PUBLIQUE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09137	Supplément de durée (1*)	25,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129	Visite de contrôle	20,50
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09080	Supplément de durée (1*)	10,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094	Visite de transfert	34,00
-------	---------------------------	-------

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end	22,00

(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

R = 1

09078	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle.	14,75
-------	-----------------------------	-------

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09088	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	14,75
-------	------------------------------	-------

ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence, les honoraires de visite sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum. Elles s'appliquent en lieu et place de la règle 5 du préambule général.

RÈGLE 1.**VISITE ÉLABORÉE**

1.1 La visite élaborée est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins deux (2) visites subséquentes par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et les visites subséquentes comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 2.**VISITE SIMPLE**

2.1 La visite simple est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient dont la condition ne nécessite aucune ou, le cas échéant, qu'une seule visite subséquente par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et, le cas échéant, la visite subséquente comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

2.2 On ne peut réclamer à la fois le paiement d'une visite élaborée et d'une visite simple pour un même patient lors d'un même séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 3.**VISITE DE RÉÉVALUATION OU VISITE À LA DEMANDE D'UN OMNIPRATICIEN**

3.1 La visite de réévaluation est la visite du médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, à la salle d'urgence, prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'un médecin omnipraticien qui cesse d'en avoir charge.

3.2 On distingue la visite de réévaluation simple et la visite de réévaluation élaborée.

La visite de réévaluation simple est la visite de prise en charge d'un patient dont la condition ne nécessite aucune autre visite subséquente par le même médecin.

La visite de réévaluation élaborée est la visite de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins une visite subséquente par le même médecin.

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

Une seule visite de réévaluation est payable par patient, par quart de travail. Un quart de travail s'entend d'une période d'activité continue de huit (8) heures. Toutefois, une visite de réévaluation ne peut être réclamée pour un patient lors d'un quart de travail lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

De plus, une seule visite de réévaluation est payable par jour, par patient, par médecin.

3.4 La visite à la demande d'un omnipraticien est la visite pour opinion ou traitement effectuée à la salle d'urgence, par un médecin spécialiste en médecine d'urgence. Elle s'applique dans le cas d'une situation complexe et est demandée par un médecin omnipraticien œuvrant à l'urgence du même établissement, lors du même quart de travail.

Cette visite ne peut être réclamée plus de deux fois par jour, par médecin spécialiste en médecine d'urgence.

RÈGLE 4.

VISITE AUPRÈS D'UN PATIENT ADMIS

4.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient pendant son hospitalisation est rémunéré selon le tarif de la visite auprès d'un patient admis.

Elle comporte un examen du patient.

Pendant les 72 heures suivant l'admission du patient, on ne peut réclamer plus de deux visites par jour, par patient. Par la suite, une seule visite est payable par jour, par patient.

RÈGLE 5.

AUTRES VISITES

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient en clinique externe, en cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou à domicile est rémunéré selon le tarif de la visite qui y est applicable, tel que prévu à la nomenclature.

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

RÈGLE 6.

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation interdisciplinaire en établissement dans les cas prévus à la nomenclature. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien, sauf si ce dernier fait un quart de travail à l'urgence du même établissement, le même jour.

6.2 Un supplément d'honoraires est également accordé pour une consultation en médecine sportive en cabinet privé. Ce supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine sportive et qui est désigné par les parties négociantes.

+ **6.3** Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en toxicologie effectuée en hospitalisation, en clinique externe, à la salle d'urgence ou en cabinet privé. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la toxicologie clinique.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en toxicologie et qui est désigné par les parties négociantes.

6.4 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en médecine hyperbare effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la médecine hyperbare.

+ Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui rencontre les critères de désignation pour les traitements en médecine hyperbare et qui détient des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Pour connaître les critères de désignation, veuillez vous référer à la note située sous le titre de la section Médecine hyperbare de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.*

6.5 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité.

6.6 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.7 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 avec le code de consultation approprié pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 7.

STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manœuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manœuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.**MAJORATION D'HONORAIRES**

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

- i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=181

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 8 h à 24 h, majoration de 50 %

MOD=182

NUIT, de 0 h à 7 h, majoration de 70 %

NUIT, de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit, majoration de 70 %

MOD=183

SOIR, du lundi au vendredi, de 16 h à 24 h, majoration du 1/3

- ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=184

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 19 h, majoration de 50 %

8.2 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a également droit au paiement des honoraires majorés et des honoraires minimums prévus à la règle 14 du préambule général, lorsqu'il est appelé pour une urgence, ailleurs qu'à la salle d'urgence. Les conditions prévues à la règle 14 s'appliquent, à l'exception de la période de majoration, laquelle est de 19 h à 7 h, tous les jours.

AVIS : *Modificateurs à utiliser pour les soins d'urgence ailleurs qu'à la salle d'urgence :*

MOD=185

SOIR, de 19 h à minuit, majoration de 70 %

MOD=186

NUIT, de minuit à 7 h, majoration de 150 %

Pour facturer les honoraires minimums, utiliser l'un des codes d'acte suivants :

#	09203	de minuit à 7 h	232,00
#	09204	de 19 h à minuit	154,00

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

*Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur **094** ou un de ses multiples.*

RÈGLE 9.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a droit à une majoration d'honoraires de 40 % pour les visites effectuées auprès d'un patient admis ou à la salle d'urgence, lorsque le patient est âgé de 70 ans et plus.

AVIS : *Les codes d'acte sont énumérés au Manuel des médecins spécialistes dans des avis à la fin des sections Centre hospitalier de soins de courte durée - Hospitalisation et Salle d'urgence.*

MÉDECINE D'URGENCE**AVIS :** Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.

S

Cabinet privé

15201	Visite		44,10
----	Supplément de consultation en médecine sportive	68,85	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)		112,95

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou dentiste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)		112,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15204	Visite auprès d'un patient admis		63,35
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	55,15	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)		118,50

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste	49,35	
15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)		112,70
----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)		132,20
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	68,85	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)		132,20

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	160,00
09096	chaque jour subséquent	120,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

S

#	15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	88,70
#	----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,15
#	15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	165,85

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

+	----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	69,08
+	15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	157,78
+	----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	96,40
+	16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	185,10
+	----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	96,40
+	16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	185,10

		R = 1
Externe		
T 15209	Visite.....	34,45
T ----	Supplément de consultation en toxicologie 68,90	
T 16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie).....	103,35
T ----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,90	
T 16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	103,35
Salle d'urgence		
<u>AVIS :</u> Incrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.		
T 15210	Visite simple.....	52,20
T ----	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
T 15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire).....	107,35
#	<u>AVIS :</u> Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
T ----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 51,00	
15606	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste).....	103,20
T ----	Supplément de consultation en toxicologie 68,85	
T 16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie).....	121,05
T ----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,85	
T 16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	121,05
+ ----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie 68,85	
+ 15713	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie).....	121,05
+	NOTE : L'acte codé 15713 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader).	

R = 1

T	15213	Visite élaborée.	127,75
T	----	Supplément de consultation interdisciplinaire 56,20	
T	15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire).	183,95
#		<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T	15216	Visite de réévaluation élaborée	86,45
T	---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
T	15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	141,60
#		<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T	15217	Visite de réévaluation simple	34,45
T	---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,05	
T	15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	89,50
#		<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T	---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité 41,85	
	15607	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence).	76,30
	15608	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe Maximum 2 fois par médecin, par jour.	62,00
#		<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	

15218	Stabilisation	72,15
	<u>AVIS :</u> <i>Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section Actes de la demande de paiement.</i>	
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	103,35
S		
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	73,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,25	
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	150,30
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus 71,43	
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 96,45	
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	169,50
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 96,45	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	169,50
	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus 96,45	
15714	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus	169,50
	NOTE : L'acte codé 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader).	

R = 1

15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus	180,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,05
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	257,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus	121,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,15
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	198,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus	48,25
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,05
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	125,30

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus	58,57
-----	--	-------

15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence), patient de 70 ans et plus	106,82
15612	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe, patient de 70 ans et plus Maximum 2 fois par médecin, par jour	86,80

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 15219	Visite	16,35
Domicile		
T 15220	Visite	46,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser le code d'acte suivant et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	15221	Visite.	34,45
---	-------	--------------	-------

MÉDECINE INTERNE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	68,10
15392	si plus de 30 minutes, supplément	65,80
15393	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	19,70

AVIS : Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 81,85	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	149,95
15394	si plus de 60 minutes, supplément	72,40
15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	130,00
	NOTE : L'acte codé 15395 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

AVIS : Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00033	Visite de contrôle	39,55
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15396	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
	NOTE : L'acte codé 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation.	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

		R = 1
00034	Visite principale (1*)	83,10
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (1*)	83,10
16047	Si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
T ----	Supplément de consultation	121,45
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	204,55
15397	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
15398	Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine, pour un maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	70,00
NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, l'acte codé 15398 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.		
00038	Visite de transfert (1*)	83,10
16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
00039	Visite de contrôle.	24,85
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	77,75
NOTE : L'acte codé 00041 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour.		
<u>AVIS :</u>	(1*) <i>Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la section Etablissement.</i>	

		R = 1
00028	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	82,80
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	115,85
	<u>AVIS :</u> <i>Pour les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire le code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité coronarienne.</i>	
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	170,90
00054	chaque jour subséquent	118,35
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
00024	Visite de départ	131,80
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	131,80
	NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.	

		R = 1
	Externe	
00042	Visite principale.	51,85
15399	si plus de 30 minutes, supplément	50,10
15400	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	15,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
T ----	Supplément de consultation 75,15	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
15401	si plus de 60 minutes, supplément	61,35
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	100,00
	NOTE : L'acte codé 15402 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	

R = 1

15403	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge.	600,00
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.	
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours.	
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15403.	
#	<u>AVIS</u> : <i>Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :</i> - ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires; - la lettre « A » dans la case C.S., mais ne rien inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	<i>Veillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.</i>	
	<i>Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.</i>	
T 00045	Visite de contrôle	28,95
	Salle d'urgence	
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>	
+ 15665	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
+	NOTE : L'acte codé 15665 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
+	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation.	
#	<u>AVIS</u> : <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
T ----	Supplément de consultation 121,55	
T 00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,55
15404	si plus de 60 minutes, supplément.	98,85

		R = 1
T 16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

AVIS : *Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

T 00046	Visite principale	39,45
T 00047	Visite principale subséquente, par trimestre.	39,45
T ----	Supplément de consultation 100,75	
T 00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,20
T 00049	Visite de contrôle	19,80

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

NOTE : À l'égard du médecin interniste, on applique la tarification de la néphrologie pour les dialyses.

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs.	55,10
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 00063	Visite principale	51,85
T ----	Supplément de consultation 75,20	
T 00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
T 00066	Visite de contrôle	28,95

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,30
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	31,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	31,10
09094	Visite de transfert.	31,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	23,00
-------	------------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	31,10
09164	Visite de contrôle	16,20

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	29,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	29,70
09148	Visite de contrôle	15,70

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

+ Centre hospitalier :

+ Participation aux cliniques des tumeurs :

+ 09168	Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité	50,00
---------	---	-------

NOTE : L'acte codé 09168 n'est payable que 2 fois par médecin, par semaine.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	31,10
09202	Visite de contrôle	16,20

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE**RÈGLE 1.****PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE**

1.1 La planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire s'applique lorsqu'un médecin classé en microbiologie infectiologie effectue les démarches permettant l'adhésion du patient au programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Cette planification inclut toutes les visites effectuées le même jour par tout médecin microbiologiste infectiologue.

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

AVIS : Voir les codes d'acte **09030, 09032 et 09048** dans le tableau d'honoraires qui suit.

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

2.1 La tarification des visites prévues pour les maladies infectieuses en émergence s'applique aux maladies énumérées dans la liste apparaissant en annexe.

AVIS : La facturation des codes d'acte **09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062** requiert un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

+ RÈGLE 3**GESTION D'ÉCLOSION**

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
 - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
 - Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

- Dengue (061.9)
- Diphtérie (032.0, 032.1, 032.2, 032.3, 032.8, 032.9)
- Fièvres hémorragiques (065.0, 065.1, 065.2, 065.3, 065.4, 065.8, 065.9)
- Paludisme (084.0 à 084.9)

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant
 - Clostridium difficile
 - Acinetobacter Baumannii
 - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE)

4. CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage
- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS : Voir la règle 2 de l'addendum 10.

Le code correspondant au diagnostic est entre parenthèse. En l'absence d'un code, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435**, voir la Règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	95,45
T ----	Supplément de consultation 111,15	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,60
T 09137	Supplément de durée (1*)	38,85
T 09129	Visite de contrôle	44,25
Maladies infectieuses en émergence :		
T 15104	Visite principale	116,40
	NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.	

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	105,60
16111	Visite principale à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission	105,60

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	105,60
----	Supplément de consultation 98,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,50
09080	Supplément de durée (1*)	20,75
09094	Visite de transfert	90,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

R = 1

09152	Visite de contrôle.....	40,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).....	69,85
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin micro- biologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	206,60
09007	premier jour	42,25
	jour subséquent	
	NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.	
	Gestion d'écllosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles gram négatif multirésistants, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus, M.tuberculosis et autres pathogènes en néonatalogie)	
+	NOTE : Maximum 1 gestion d'écllosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15252	premier jour	275,00
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).....	137,50
+	NOTE : L'acte codé 15253 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
	Gestion d'écllosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hémotogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)	
+	NOTE : Maximum 1 gestion d'écllosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15254	premier jour	550,00
15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).....	275,00
+	NOTE : L'acte codé 15255 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie- infectiologie.	

15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	110,00
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport.	275,00

NOTE : L'acte codé 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).

AVIS : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **15252 à 15257** dans la section Actes;
- le nombre de rapports (**15256 et 15257**) dans la case UNITÉS.

Pour l'acte 15257, conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

#

Pour les actes 15252, 15253, 15254 et 15255, inscrire le microorganisme et l'unité de soins où a lieu l'éclosion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

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

	Soins critiques :	
16060	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . .	232,35
16061	Visite de transfert	126,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09019	Visite de contrôle.	45,75
	Maladies infectieuses en émergence :	
09026	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
16062	Visite de contrôle.	45,75

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09030	Planification du traitement	103,20
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	88,60
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95
	<u>AVIS :</u> Inscire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	143,35
09096	chaque jour subséquent	83,50
	<u>AVIS :</u> - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
	Externe	
09162	Visite principale	76,40
----	Supplément de consultation	88,95
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09078	Supplément de durée	31,10
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine. Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

		R = 1
09164	Visite de contrôle	35,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09041	Visite principale	93,15
----	Supplément de consultation 92,85	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	186,00
09043	Visite de contrôle	40,55
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
15435	Visite principale	80,00
	Supplément de consultation 152,35	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09032	Planification du traitement	103,20
	NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	52,40
15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient	186,00
	NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.	

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
	Maladies infectieuses en émergence :	
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	232,35
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT** (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	76,40
	Supplément de consultation 88,95	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09088	Supplément de durée	31,10

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.*

09202	Visite de contrôle	35,40
	<i>Maladies infectieuses en émergence :</i>	
09074	Visite principale	93,15

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse.
Voir la Règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	93,15
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation 107,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,60
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
+ ----	Supplément de consultation anténatale 107,45	
+ 15715	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) . . .	200,60
+ 15716	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
T 09137	Supplément de durée (1*)	43,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09129	Visite de contrôle	43,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

D 15438	Un supplément est payable si patient greffé rénal	30,00
	NOTE : L'acte codé 15438 ne peut être facturé avec les actes codés 09080, 09095 et 09096.	
T 09150	Visite principale	99,25
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	99,25
15439	Si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation 88,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,35
15440	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50
+ ----	Supplément de consultation anténatale 88,10	
+ 15717	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	187,35
+ 15718	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50
T 09080	Supplément de durée (1*)	27,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

T 09094	Visite de transfert	93,70
15441	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

T 09152	Visite de contrôle.	60,55
+ 15719	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
09161	Tournée des malades le week-end	
T	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	71,65
15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

T 09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
T 09096	premier jour	139,45
	chaque jour subséquent	81,60

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
 - *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
 - *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
 - *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

T 09097	premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent.	104,00
00024	Visite de départ.	100,00
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

Externe

T 09162	Visite principale.	71,65
15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation	82,65
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
+ ----	Supplément de consultation anténatale	82,65
+ 15720	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	154,30
+ 15721	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
T 09078	Supplément de durée.	33,05

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09164	Visite de contrôle	33,05
	Transplantation	
T 15446	Visite principale	88,70
T 15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	44,35
T 15448	Visite pendant la première année post-transplantation	110,85
T 15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15450	Visite post-biopsie rénale	110,85
T 15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	332,60
T 15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	332,30
T 15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	44,35

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	24,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,15
09148	Visite de contrôle	13,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

T 09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	65,80
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
T 15035	patient de 18 ans ou plus	530,00
T 15036	patient de moins de 18 ans	1679,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	200,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
T 15040	dialyse initiale	197,50

	Dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
T 15041	patient de 18 ans ou plus	40,80
T 15042	patient de moins de 18 ans.	131,70
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
T 15043	patient de 18 ans ou plus	50,55
T 15044	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps	
T 15045	patient de 18 ans ou plus	52,65
T 15046	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15047	patient de 18 ans ou plus	46,15
T 15048	patient de moins de 18 ans.	138,30
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15722	patient de 18 ans ou plus	50,90
T 15723	patient de moins de 18 ans.	145,80
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	
T 15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	530,10
T 15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	530,10

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	71,65
----	Supplément de consultation 82,65	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
09088	Supplément de durée	33,05

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	33,05
-------	------------------------------	-------

NEUROCHIRURGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	46,75
----	Supplément de consultation 92,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	139,70
09292	Supplément de durée	29,20

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	17,50
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	36,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,15
----	Supplément de consultation 71,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09152	Visite de contrôle	17,50
+	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
+ 09095	premier jour	106,00
+ 09096	chaque jour subséquent	67,00

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

#	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
#	par jour, par patient	
# 09097	premier jour	104,00
# 09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crânio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	268,55
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	268,55
	NOTE : Concernant les actes codés 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation, en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.	
16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	322,35
	NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16063.	
	Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	
16064	1 ^{er} jour	214,90
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	53,65
	Externe	
09162	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09164	Visite de contrôle	15,75
16066	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	322,35
	NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16066.	
15515	Visite de suivi oncologique incluant la détermination du traitement par chimiothérapie ainsi que la supervision de celui-ci par le neurochirurgien. Maximum 1 fois par patient, par mois	50,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	23,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09148	Visite de contrôle	12,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :		
15724	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes. . . .	48,40

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	107,45
09202	Visite de contrôle	15,75

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**NEUROLOGIE,
NEUROPSYCHIATRIE
ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE**

Cabinet privé :

15697	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément.	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15697 n'est facturable qu'avec les actes codés 09127, 09129 et 09165.	
09127	Visite principale	101,60
T 16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 82,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,20
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	21,65
09137	Supplément de durée (1*)	35,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
09129	Visite de contrôle	56,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :

	Hospitalisation	
09150	Visite principale	109,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,50

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

----	Supplément de consultation	58,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		167,95
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément		21,65
09080	Supplément de durée (1*)		20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
09094	Visite de transfert		109,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique.		150,00
	Maximum 2 par mois, par patient		
09152	Visite de contrôle		40,65
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).		54,15
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour		126,70
09096	chaque jour subséquent		73,70
	<u>AVIS :</u> - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour		104,00
09098	chaque jour subséquent		104,00
	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16070	premier jour		109,50
16071	chaque jour subséquent		79,85
	NOTE : L'acte codé 16070 ne peut être facturé avec une autre visite, le même jour.		
	NOTE : L'acte codé 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

00024	Visite de départ	119,15
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15700 n'est facturable qu'avec les actes codés 09162, 09164 et 09170	
09162	Visite principale	76,30
T 16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
----	Supplément de consultation 67,15	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09078	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
15701	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
15702	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique	150,00
	Maximum 2 par mois, par patient	
09164	Visite de contrôle	43,25

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,95
15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	28,80
T 16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	28,80
T 16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,80
09148	Visite de contrôle	15,05

Centre hospitalier :

15599	Réunion neuromusculaire multidisciplinaire : Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéticien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue	50,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	76,30
T 16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS</u> : Incrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 67,15	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15138	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	21,65
09088	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09202	Visite de contrôle	43,25

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

15516	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	26,00
D	NOTE : L'acte codé 15516 est facturable avec les actes codés 09165, 09281, 09286, 15080 et 16076.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
09149	Visite principale	52,00
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	31,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 49,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	101,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 76,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	128,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 49,00	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	101,00
S		

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

S

15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	101,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	25,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09129	Visite de contrôle	21,00
09138	Visite prénatale	27,90
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	31,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	160,00
16078	visite subséquente NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	45,00

15518	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal . . .	130,00
15519	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	
	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	52,00
15520	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	175,00
15521	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15522	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :	
	- IMC >= 35;	
	- Patiente âgée <= 13 ans;	
	- Patiente âgée >= 70 ans;	
	- Patiente à mobilité réduite;	
	- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	23,00
	NOTE : L'acte codé 15522 est facturable avec les actes codés 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.	

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09151	Visite principale	46,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	46,45
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.*

AVIS : *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	48,00

16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	96,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée	
 S		
----	Supplément de consultation 43,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	90,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 66,55	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	113,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 43,55	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	90,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 131,95	
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	178,40
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	90,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	132,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
15085	Supplément de durée	20,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	18,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	24,80

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	27,00
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
-------	--	------

09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	33,00
-------	--	-------

15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
-------	--	------

AVIS : (2*) Voir la règle 7.2 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

15086 Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance 150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15087 visite subséquente 50,00
NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection

15088 Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance 150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15089 visite subséquente 50,00

15523 Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile 154,00
15524 visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile 34,50

15525 Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation 500,00
NOTE : L'acte codé 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des actes sous les onglets *Gynécologie et Obstétrique*.

Externe

15526 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :
- IMC \geq 35;
- Patiente âgée \leq 13 ans;
- Patiente âgée \geq 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués 20,00

D NOTE : L'acte codé 15526 est facturable avec les actes codés 09170, 09283, 09288, 15090, 15143 et 16088.

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09175	Visite principale	40,25
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS</u> : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	42,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	84,00
	NOTE : L'acte codé 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale à la même séance.	
----	Supplément de consultation	37,75
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	57,75
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	37,75
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 127,75	
15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	168,00
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
S		
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	78,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15666	Évaluation au vu du dossier d'une patiente dans le cadre du Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec, avec note consignée	10,00
	NOTE : L'acte codé 15666 est facturable seulement à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM.	
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	132,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	16,00
T 09166	Visite prénatale, grossesse normale	21,70
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	28,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15096	visite subséquente	50,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	

16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16090	visite subséquente	38,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	50,00
09192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	30,00
09064	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité visite principale	36,00
09065	visite de suivi	25,00
15528	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	100,00
15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	40,00
15530	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	134,00
15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	30,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	46,70
16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	40,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

	09148 Visite de contrôle	10,50
--	--------------------------------	-------

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	50,00
-------	---	-------

NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09209	Visite principale.	40,25
	15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

T	----	Supplément de consultation 37,75	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
T	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 57,75	
T	09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
T	----	Supplément de consultation interdisciplinaire 37,75	
T	09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (6*)	78,00
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	50,00
15128	Supplément de durée (4*)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	16,00
T 15117	Visite prénatale, grossesse normale	21,70
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16094	visite subséquente	38,00
	NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.	
	<u>AVIS :</u> (4*) Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
	(5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
#	(6*) Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

- * 1) En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.
- D **2) L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.
- + ***3) La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation particulière en uvéite.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

T 09252	Visite principale	73,65
----	* Supplément de consultation 20,25	
T 09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	93,90
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 32,85	
T 09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	106,50
T 15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	93,90

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09292	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
T 09123	** Évaluation neuro-ophtalmologique	133,00
T 09129	Visite de contrôle	42,00
+ 15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	84,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

T 09150	Visite principale	68,20
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,20
T ----	* Supplément de consultation 15,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 33,05	
T 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
+ 15752	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
+ 15753	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
+	NOTE : L'acte codé 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.	
T 15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : Inscrive l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

T 16095	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00
T 15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	77,75
	NOTE : L'acte codé 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	38,85
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	66,10
15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois.	79,55

Soins intensifs

15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,50
15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	68,25

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.*
- Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.3.

Externe

09253	Visite principale	54,55
----	* Supplément de consultation 15,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70	
T 09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15754	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
15755	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
	NOTE : L'acte codé 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes	
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

16096	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
(2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

R = 1

09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00
15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	62,20
	NOTE : L'acte codé 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09164	Visite de contrôle	31,10
15258	Visite de contrôle le week-end et les jours fériés	52,85
15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

Salle d'urgence

15182	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,75
-------	---	--------

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	68,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	68,20
09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

09148	Visite de contrôle	38,85
-------	------------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
 (2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

Centre hospitalier :		
09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes	46,60
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de</i> <i>médecin qui a dirigé le malade, dans les cases</i> PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15532	Oncologie oculaire Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	90,00
	NOTE : L'acte codé 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.	
	NOTE : L'acte codé 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	70,00
15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	160,00
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	60,00
15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient	120,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de</i> <i>l'ophtalmologiste qui a dirigé le malade, dans les cases</i> PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15536	évaluation subséquente, par patient	60,00
	NOTE : Les actes codés 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.	
15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir	15,00
	NOTE : L'acte codé 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour.	
	NOTE : L'acte codé 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.	
	NOTE : L'acte codé 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09265	Visite principale	54,55
----	* Supplément de consultation 15,00	
09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
# ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
16097	Supplément de durée	50,00
	Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	Visite de contrôle	31,10
15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283 et 09285**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	58,30
T ----	Supplément de consultation 15,75	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	74,05
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 27,55	
T 09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	85,85
15458	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	68,20

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09292	Supplément de durée	39,30
T	NOTE: Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.8.

T 09129	Visite de contrôle	23,30
---------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	68,55
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,55
T ----	Supplément de consultation 17,10	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	85,65
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 29,60	
T 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,15
15459	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	78,70

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T	16098	Visite de suivi aux soins intensifs	38,95
---	-------	---	-------

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
-Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.3.*

T	09152	Visite de contrôle.	23,85
---	-------	-----------------------------	-------

Externe

T	09162	Visite principale.	45,05
---	-------	----------------------------	-------

T	----	Supplément de consultation	13,05
---	------	--------------------------------------	-------

T	09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	58,10
---	-------	--	-------

T	----	Supplément de consultation intradisciplinaire	23,60
---	------	---	-------

T	09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	68,65
---	-------	---	-------

	15460	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	53,40
--	-------	--	-------

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

T	09164	Visite de contrôle.	18,60
---	-------	-----------------------------	-------

Salle d'urgence

	15461	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	67,20
--	-------	---	-------

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

T	09147	Visite principale	30,55
---	-------	-----------------------------	-------

T	09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,55
---	-------	---	-------

T	09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	58,10
---	-------	--	-------

T	09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	71,05
---	-------	---	-------

	15462	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	53,40
--	-------	--	-------

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T	09148	Visite de contrôle	14,15
---	-------	--------------------------	-------

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

T	09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins de la même spécialité	53,20
---	-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

S	Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste en salle d'opération à la demande d'un autre médecin spécialiste, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre acte chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (acte codé 03019), incluant la visite et le rapport au dossier	
	15183 première heure	285,60
	15184 par demi-heure additionnelle	142,85

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	45,05
T ----	Supplément de consultation 13,05	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	58,10
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 23,60	
T 09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*).....	68,65
T 09202	Visite de contrôle	18,60

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE**RÈGLE 1.****EXAMEN GÉNÉRAL**

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

RÈGLE 2.**SOINS D'UN NOUVEAU-NÉ**

Abrogé.

RÈGLE 3.**PRÉSENCE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT OU EN SALLE D'OPÉRATION**

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au pédiatre auquel le médecin accoucheur, le chirurgien, l'anesthésiologiste ou la sage-femme demande d'être présent lors d'un accouchement ou d'un service rendu à la salle d'opération, pour le soin du nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent.

Cet honoraire s'applique en sus de tout autre honoraire payable au pédiatre pour les soins dispensés dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération.

RÈGLE 4.**CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE**

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

RÈGLE 5.**SUPPLÉMENT DE DURÉE**

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine.

Le supplément de durée n'est pas payable si trois suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents, sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

RÈGLE 6.**SUPPLÉMENT PÉDIATRIQUE AUX SOINS INTENSIFS**

Dans une unité de soins intensifs, le pédiatre a droit à un supplément de 75 \$ pour la première visite qu'il effectue auprès d'un patient. Ce supplément s'ajoute à l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, à l'honoraire de la consultation ou à l'honoraire de la visite principale, selon le cas.

Un seul supplément est exigible par patient, par hospitalisation. Toutefois, de façon exceptionnelle, lorsque le patient est admis plus d'une fois aux soins intensifs durant la même hospitalisation, le pédiatre a alors droit au paiement de ce supplément pour chaque première visite du patient suivant l'admission.

AVIS : *Utiliser le modificateur 199 pour demander la majoration d'honoraires.*

- inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.

Voir la règle 14 du préambule général et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

PÉDIATRIE

15185	Un ou des tests d'allergies alimentaires	28,50
Cabinet privé :		
09127	Visite principale	56,65
----	Supplément de consultation 130,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,25
15538	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00082	Supplément de durée.	110,15
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
15049	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
16099	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste.	94,70
09194	Examen général	56,65
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
09129	Visite de contrôle	51,75
15164	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance.	55,05
<u>AVIS :</u> - Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre; - Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; - Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale.	165,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois.	165,20
----	Supplément de consultation 33,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 72,80	
T 15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	237,90
+ 15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément.	70,00
+	NOTE : L'acte codé 15756 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
15542	Supplément de durée.	130,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15543	Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex. : revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile.	200,00
	NOTE : L'acte codé 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite et est réservé aux centres hospitaliers suivants :	
	- CHUQ - CHUL	
	- CHUS - Hôpital Fleurimont	
	- CUSM - Site Glen (pédiatrique)	
	- Hôpital Sainte-Justine	

D

09094	Visite de transfert	143,20
-------	-------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15544	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour Maximum d'une prise en charge par patient.	400,00
-------	---	--------

15112	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09152	Visite de contrôle	34,15
15165	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes.	
	Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation	55,05
	NOTE : L'acte codé 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;</i> - <i>Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i> - <i>Inscrire le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.</i>	
00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	165,20
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.</i>	
00081	Examen du nouveau-né normal à la naissance	60,00
15545	au départ	60,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	NOTE : L'acte codé 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite durant l'hospitalisation à l'exception de l'acte codé 00081.	
09161	Tournée des malades le week-end	125,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	
15757	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00
	NOTE : L'acte codé 15757 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	198,25
09096	chaque jour subséquent	126,65
	AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;	
	- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :	
	- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;	
	- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.	
	Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
#	Surveillance à l'unité des soins intensifs (réf. : annexe 29, art. 4.8)	
00010	Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel	32,00
	Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
15114	Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	126,65
15696	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00
	NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre	
	NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.	
	NOTE : L'acte codé 15696 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
	AVIS : Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.	
	Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un code d'établissement 4XXX6.	
15546	Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile Maximum : 1 par patient.	150,00
	NOTE : L'acte codé 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte.	
00024	Visite de départ	110,15
	AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale	66,10
----	Supplément de consultation 77,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20
15547	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 105,75	
T 15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	171,85
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00083	Supplément de durée	88,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	82,60
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin	
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	90,00
15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	
	Maximum d'une prise en charge par patient	400,00
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	89,90
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	66,10
09196	Examen général.	29,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
09164	Visite de contrôle	25,35

15166 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure

Maximum : 6 quarts d'heure par séance 55,05

AVIS : - *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147 Visite principale 165,20
 09296 Visite principale subséquente, par mois 165,20

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 198,25
 09148 Visite de contrôle 34,15

16102 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure 55,05

Maximum : 6 quarts d'heure par séance 55,05

AVIS : - *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

Domicile :

09171 Visite principale 46,00
 09172 Visite de contrôle 17,00

15552 Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour 200,00

00079	<p>Divers : Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes)</p>	81,60
	<p><u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé. Si la personne ne peut présenter la carte d'assurance maladie, inscrire tous les éléments de son identité dans la section sur l'identité de la personne assurée. (Voir la section 3.2.1.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement).</i></p> <p>- <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i></p>	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	66,10
----	Supplément de consultation 77,10	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20
T 00084	Supplément de durée	88,10

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

T 15116	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	89,90
---------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

T 16101	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	66,10
T 09202	Visite de contrôle	25,35

15167 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure

T	Maximum : 6 quarts d'heure par séance	55,05
---	---	-------

AVIS : - Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

T 09127	Visite principale	90,10
----	Supplément de consultation 71,30	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,40
09137	Supplément de durée (1*)	44,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	47,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	114,15
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15323	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15324	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15325	si médecin traitant, supplément	17,40

AVIS :

(1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15326	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
09080	Supplément de durée (1*) NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	17,90
09094	Visite de transfert <u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.6 du préambule général.</i>	72,75
09152	Visite de contrôle.	38,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
00024	Visite de départ. <u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	104,10

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

Externe		
09162	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
09078	Supplément de durée (1*)	26,65
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09164	Visite de contrôle	35,10
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,55
15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15330	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre de réadaptation**Hospitalisation**

T 15331	Visite principale	114,15
T 15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15338	si médecin traitant, supplément	17,40
15339	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
15340	Visite de transfert <u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	72,75
15341	Visite de contrôle.	38,80
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
15343	Visite de départ. <u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	104,10
Externe		
15344	Visite principale.	67,35
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,00
----	Supplément de consultation 54,30	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	27,10
15348	Visite de contrôle.	35,10

D 15349	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée: ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier	
	Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation.	173,60
	NOTE : L'acte codé 15349 n'est facturable que suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.	
15350	Évaluation médico-handicap pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée: cette évaluation comprend l'anamnèse, l'examen physique, les discussions interdisciplinaires, les rencontres de la personne-ressource accompagnante et la rédaction d'un rapport incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap ainsi que le plan de traitement de réadaptation	
	Maximum 1 fois par 3 mois, par patient	124,60
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
T 09147	Visite principale	45,65
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre	45,65
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,90
T 09148	Visite de contrôle	22,50
Domicile :		
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
T 09088	Supplément de durée (1*)	26,65
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
T 09202	Visite de contrôle	35,10

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

T	09127	Visite principale	62,80
	----	Supplément de consultation 118,20	
T	09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	181,00
	09137	Supplément de durée (1*)	26,75
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
	09129	Visite de contrôle	43,80
	09142	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	9,70
		NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

+	15694	Un supplément est payable si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance. Maximum 1 fois par patient, par jour	20,00
+		NOTE : L'acte codé 15694 n'est facturable qu'avec les actes codés 09060, 09150, 09152, 09160 et 09161.	
+		NOTE : L'acte codé 15694 ne peut être facturé avec les actes codés 00927 ou 41029, à la même séance	
	09150	Visite principale	65,80
	09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,80
S	----	Supplément de consultation 106,20	
T	09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00
	15187	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
S			
	09080	Supplément de durée (1*)	10,70
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique	
	09094	Visite de transfert	65,80
		<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
	09152	Visite de contrôle	31,00
S			

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	52,70
15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	60,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	122,80
09096	chaque jour subséquent	71,40

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
 - *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
 - *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
 - *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
T 09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
T 09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

Transplantation

09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	160,50
-------	--	--------

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.

FKP : Forfait prégreffe

15360	Forfait pour suivi de patient adulte atteint de fibrose kystique du pancréas devant être hospitalisé, accepté par le programme de greffe et en attente d'une transplantation pulmonaire, nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP plus de 8 heures par jour	140,00
-------	---	--------

NOTE : Ce forfait est payable une fois par patient, par jour et inclut les visites, la surveillance ainsi que les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas aux patients aux soins intensifs.

00024	Visite de départ	63,00
-------	----------------------------	-------

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale	56,50
T ----	Supplément de consultation 106,00	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,50
09078	Supplément de durée	16,05
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.		
<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
09164	Visite de contrôle	39,20
09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.		
Salle d'urgence		
T 09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00
+ 15695	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
D 15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance, supplément	20,00
+	NOTE : L'acte codé 15361 ne peut être facturé avec les actes codés 00927 ou 41029, à la même séance.	
<u>AVIS</u> : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.		
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09148	Visite de contrôle	11,20
Domicile :		
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

	09201	Visite principale	56,50
T	----	Supplément de consultation 106,00	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	162,50
	09088	Supplément de durée	16,05

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

	09202	Visite de contrôle	39,20
	09155	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins).....	89,60

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

*ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE***RÈGLE 1.****THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE**

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**+ INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT ET EN CABINET**

- + **3.1** Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour les échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 On distingue deux types d'intervention de suivi :

Courte intervention

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par jour.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.**VISITES ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.**UNITÉS DE TEMPS**

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 6.**VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

RÈGLE 7.**ADMINISTRATION ET INTERPRÉTATION D'OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**

7.1 En psychiatrie, la liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie donnant droit à la facturation des actes 15564, 15571, 15584, 15595, 15689, 15691, 15692 et 15693 apparaissant à la section **B – VISITES** est en annexe ci-après.

7.2 Les services médicaux visés à l'article 7.1 sont sujets à un plafonnement global d'activités de 125, pour l'ensemble, par médecin, par semestre. »

+ **ANNEXE / Règle 7****LISTES DES OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**

ÉCHELLES CLINIQUES UTILISÉES EN PSYCHIATRIE

LISTE A. Échelles cliniques courtes ou auto-administrées**Dépression**

BDI-II (Beck Depression Inventory, Second edition)

Zung SDS (Zung Self Rating Depression Scale)

ASEX (Arizona Sexual Experiences Scale)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Maladie bipolaire

MDQ (Mood Disorders Questionnaire)

Troubles Alimentaires

Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner, 1982)

Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q; Fairburn 1987)

Toxicomanie/alcoolisme

Clinical Alcohol Use Scale (AUS)

Clinical Drug Use Scale (DUS)

CIWA-A : Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised

CAGE

DAST (Drug Abuse Screening Test)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Troubles Anxieux

BAI (Beck Anxiety Inventory)

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Qualité de vie / capacité pour travail

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)

Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale-répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Sheehan Disability Scale (SDS) : Questionnaire de David Sheehan (répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Q-LES-Q (Quality of Life Employment and Satisfaction Questionnaire)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)

Beck Anxiety Inventory for Youth (BYI)

Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Dépression

Weinberg Depression Scale for children and adolescents (WDSCA)

Child Depression Inventory (CDI)

Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

Maladie bipolaire

General Behavior Inventory (GBI)

Autisme

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Trouble oppositionnel

Conduct Disorder Scale (CDS)

LISTE B. Échelles cliniques longues**Schizophrénie**

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

CDS (Calgary Depression Scale)

ESRS (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale)

AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale)

Barnes Akathisia Scale

Dépression

HAM-D-17 ou plus (Hamilton Depression Scale)

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Maladie bipolaire

YMRS (Young Mania Ratings Scale)

Neuropsychiatrie

GDS (Geriatric Depression Scale)

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

CMAI (Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)

CSDD (Échelle de dépression de Cornell pour la démence)

Échelle d'apathie de Marin

Troubles alimentaires

Eating Disorders Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1966)

Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004)

Troubles Anxieux

ESPT (PTSD) : TOP 8 (Treatment Outcome PTSD) de Davidson

TAG (GAD) : Penn State Worry Questionnaire, HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)

TOC (OCD) : YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale)

Trouble de Panique : (1) PDSS (Panic Disorder Severity Scale) / (2) PAS (Panic and Agoraphobia Scale)

Agoraphobie : (1) Mobility Inventory and Fear Questionnaire / (2) The Agoraphobia Scale

Trouble d'anxiété sociale : LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

TDAH

ASRS

Conners

Grille de vérification rapide du TDAH chez adulte de Barklay (mise en perspective des symptômes actuels, leurs répercussions fonctionnelles et de leur assise en enfance pour le TDAH chez l'adulte)

WURS (à faire à l'évaluation seulement)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS)

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)

Phobie sociale

Liebowitz Social Anxiety Scale Child Adolescent version (LSAS-CA)

Social phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC-C)

Trouble obs-compulsif

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dépression

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS)

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS)

Children's Depression Scale (CDS)

RÈGLE 8.**COMPLEXITÉ CLINIQUE**

8.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle, curatelle);
- Patient atteint de 3 diagnostics psychiatriques ou plus;
- Patient ayant une polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus); (patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus), excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre;
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre).

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

RÈGLE 9.**RAPPORT DÉTAILLÉ DE CONSULTATION**

- + **9.1** Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant de reprendre le suivi du patient.

AVIS : Voir le code d'acte **15553** sous le présent onglet.

PSYCHIATRIE

15553 Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation 120,00

NOTE : L'acte codé 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gérontopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

AVIS : Voir la règle 9.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15554 Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières 50,00

D NOTE : L'acte codé 15554 est facturable avec les actes codés 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08795, 08796, 08797, 08799, 08817, 08818, 08832, 08914, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, 08981, 08989 ou 08991.

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

15555 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 36,00

NOTE : L'acte codé 15555 est facturable avec les actes codés 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.

15556 Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire 180,00

NOTE : L'acte codé 15556 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08920 Visite principale 215,00
---- Supplément de consultation 150,00

08921 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 365,00

08780 Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 242,00
---- Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 218,00

08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	460,00
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . .	225,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 165,00	
08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	390,00
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	48,00
	NOTE : L'acte codé 15557 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	143,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	135,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15560	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	24,00
	NOTE : L'acte codé 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15561	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	1 080,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	

15563	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	72,00
15564	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	15,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15689	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15689 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08922	Visite de contrôle	81,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	55,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	55,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	52,00
08840	patients de 65 ans et plus	52,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	97,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	68,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps.	55,00
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	44,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
+	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
+ 08798	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	44,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles 3.1 et 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15565	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
D	NOTE : L'acte codé 15565 est facturable avec les actes codés 00024, 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972 ou 16105.	
15690	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
	NOTE : L'acte codé 15690 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
08970	Visite principale.	183,00
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	183,00
T ----	Supplément de consultation 107,00	
T 08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 160,00	
T 08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) .	193,00
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 117,00	
T 08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	310,00
15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15566 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16105	Visite de réévaluation psychiatrique.	79,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15571	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15691	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3).	35,00
	NOTE : L'acte codé 15691 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08972	Visite de contrôle	41,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	48,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	48,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	46,00
08844	patients de 65 ans et plus	46,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

AVIS : Pour facturer les codes d'acte **08974** et **08975**, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	37,50

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
08822	courte intervention	26,00
+	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	250,00
08977	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	350,00
15574	séance subséquente	175,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	62,00

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	307,65
08919	chaque jour subséquent	111,85
	AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>
T 00024	Visite de départ	183,00
	AVIS : <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
15575	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
	NOTE : L'acte codé 15575 est facturable avec les actes codés 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.	
15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00
	NOTE : L'acte codé 15576 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
	AVIS : <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
08980	Visite principale	183,00
T ----	Supplément de consultation 137,00	
T 08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00	
T 08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00	
T 08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00

15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15577 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16106	Visite de réévaluation psychiatrique.	133,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.</i>	
15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathe et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.</i>	
15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne.	125,00
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
	NOTE : L'acte codé 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	

15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS</u> : <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15584	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15692	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15692 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	35,00
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08982	Visite de contrôle	72,00
08845	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08846	patients de moins de 12 ans	48,00
08847	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08849	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08849	patients de 65 ans et plus	46,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS</u> : <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS</u> : <i>Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.....	37,50
-------	--	-------

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention	26,00
	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	

08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Électroconvulsivothérapie (ECT)		
15585	premier traitement	250,00
08987	traitement subséquent	135,00
Stimulation magnétique transcrânienne		
15586	première séance	350,00
15587	séance subséquente	175,00

Salle d'urgence :

+ 15759	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
---------	---	-------

NOTE : L'acte codé 15759 est facturable avec les actes codés 08799, 08817 et 08818

08799	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	267,00
08817	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	350,00
08818	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	287,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

15588	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15588 est facturable avec les actes codés 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.

08940	Visite principale	183,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre.	183,00
T 08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00

	08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T	08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
	08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
	08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
T	08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	310,00
	15589	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
		NOTE : L'acte codé 15589 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
	16107	Visite de réévaluation psychiatrique	79,00
		<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
	15590	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
		<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
	15591	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	20,00
D		NOTE : L'acte codé 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
	15592	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
		<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
	15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
		<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	

15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15595	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15595 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
	<u>AVIS :</u> Incrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15693	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15693 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	35,00
	<u>AVIS :</u> Incrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08941	Visite de contrôle	41,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	48,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08853	patients de 65 ans et plus	46,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Incrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention, maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	26,00
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Domicile :		
08945	Visite principale	46,00
08946	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

15675	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
	NOTE : L'acte codé 15675 est facturable avec les actes codés 08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991 ou 16108 .	
15676	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00
	NOTE : L'acte codé 15676 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
08989	Visite principale	183,00
----	Supplément de consultation 137,00	
08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00	
08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08796	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . . .	193,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00	
08797	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00
15677	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15677 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	

16108	Visite de réévaluation psychiatrique	133,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15678	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15679	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	125,00
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15680	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
	NOTE : L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15683	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15684	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3).	10,00
	NOTE : L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
#	<u>AVIS</u> : Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

#	Échelles cliniques longues (Voir liste B)	
# 15764	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3)	35,00
#	NOTE : L'acte codé 15764 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
#	AVIS : Inscire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08990	Visite de contrôle	72,00
	<i>Thérapie psychiatrique, par unité de temps</i>	
08954	patients de moins de 12 ans	48,00
08955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08957	patients de 65 ans et plus	46,00
08958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	AVIS : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08962	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50
	AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
	<i>Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade</i>	
08963	courte intervention	26,00
08964	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50
	AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<i>Électroconvulsivothérapie (ECT)</i>	
15685	premier traitement	250,00
15688	traitement subséquent	135,00
	<i>Stimulation magnétique transcrânienne</i>	
15686	première séance	350,00
15687	séance subséquente	175,00

RADIO-ONCOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	43,60
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	43,60
----	Supplément de consultation 40,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09129	Visite de contrôle	25,50
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	25,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	51,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	51,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 122,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,20
09094	Visite de transfert	36,10
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	36,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	19,30
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	25,70
09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	25,70

Externe		
09162	Visite principale.	32,40
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) ..	32,40
----	Supplément de consultation 106,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
09164	Visite de contrôle.	19,10
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09148	Visite de contrôle.	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle.	17,00

Centre hospitalier :

09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes	49,05
-------	--	-------

NOTE : Lorsque, dans le cadre d'une clinique des tumeurs, une consultation est faite auprès d'un patient, celle-ci est payable une fois par patient pour l'ensemble des radio-oncologues.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15465	Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier	50,00
D	NOTE : L'acte codé 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, par site anatomique.	
+	NOTE : Maximum 2 sites anatomiques par patient, par jour, pour l'ensemble des médecins.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

	09201	Visite principale	32,40
	09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
T	----	Supplément de consultation 106,40	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
	09202	Visite de contrôle	19,10
	09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes **00031, 00043 et 00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	108,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	27,60
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation 110,50	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,00
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 110,50	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	219,00

NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15469	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
00032	Supplément de durée (1*)	96,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	62,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	106,40
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	106,40
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	26,60
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 60,60	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
00037	Supplément de durée (1*)	61,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

00038	Visite de transfert	106,40
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.6 du préambule général.</i>	
00039	Visite de contrôle	57,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	95,50
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
00024	Visite de départ	140,45
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	35,10
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
00042	Visite principale	80,00
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 80,00	
15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière) .	160,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
15476	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

R = 1

00044	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	45,00
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	80,00
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
00065	Supplément de durée (1*)	70,00
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	45,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

ADDENDUM 12 – SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

Pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

La visite de suivi oncologique en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est la visite que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.**UNITÉS DE TEMPS**

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

RÈGLE 5.**INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS D'UN PATIENT**

L'intervention clinique auprès d'un patient est la visite, effectuée par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, qui comprend, selon le cas, des fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux. Selon le cas, le médecin s'implique durant la phase aiguë, chronique, de réadaptation ou de réduction des méfaits des problèmes de santé. De plus, cet acte peut inclure une activité auprès des proches, de la famille et des autres intervenants, ainsi que des visites en milieu du travail.

- + On paie l'intervention clinique auprès d'un patient par période d'activités de 15 minutes complétée.

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL**Cabinet privé :**

T 09127	Visite principale	159,65
T ----	Supplément de consultation 79,85	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	239,50
T 09137	Supplément de durée (1*)	86,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09129	Visite de contrôle	79,85
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	52,00

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	179,10
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	179,10
T 16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T ----	Supplément de consultation 102,35	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	281,45
T 16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T 09080	Supplément de durée (1*)	66,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09094	Visite de transfert.	133,05

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 16114	Visite de suivi oncologique	81,90
---------	-----------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

T 09152	Visite de contrôle	61,40
---------	--------------------------	-------

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T	16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.....	40,95
#		<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
T	16116	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
		<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T	09161	Tournée des malades le week-end	81,90
		(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	
T	16117	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.....	102,35
T	00024	Visite de départ.....	143,30
		<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
		Externe	
T	09162	Visite principale.....	122,80
T	16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90
T	16119	patient de 85 ans ou plus, supplément.....	81,90
T	----	Supplément de consultation 61,45	
T	09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,25
T	16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90
T	16121	patient de 85 ans ou plus, supplément.....	81,90
T	09078	Supplément de durée.....	66,55
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
T	16122	Visite de suivi oncologique (1*)	71,65
T	09164	Visite de contrôle.....	61,40

AVIS : (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

T	16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,95
#		<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
T	16124	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
		<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T	16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	81,90

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T	09147	Visite principale	102,35
T	09296	Visite principale subséquente, par trimestre	102,35
T	16126	Patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T	09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,70
T	16127	patient de 85 ans ou plus, supplément.	102,35
T	16128	Visite de suivi oncologique (1*)	81,90
T	09148	Visite de contrôle	61,40
T	16129	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	40,95
#		<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
T	16130	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
		<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T	16131	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.	102,35
		<u>AVIS :</u> (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	

	Domicile :	
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

+ 15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par quart d'heure complété	49,23
---------	---	-------

NOTE : L'acte codé 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

+ 00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par quart d'heure complété.	49,23
---------	---	-------

L'évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive est effectuée sur demande écrite d'un établissement de santé ou d'un organisme ayant obtenu l'autorisation du directeur régional de santé publique. Selon la nature de la demande, l'évaluation comporte l'une et l'autre des activités suivantes : l'analyse du problème, l'établissement de recommandations, la coordination d'activités, l'évaluation d'activités ou de résultats.

Cet acte comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que la Régie a reçu l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique à la suite de la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est réalisée.*

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de l'établissement où a été effectuée l'évaluation dans la section Établissement;
- le code d'acte **00085** dans la section Actes, facturé sur une seule ligne;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

Aucun modificateur n'est applicable à moins d'indication contraire à l'entente.

Si l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique n'a pas été transmise à la Régie, en joindre une copie avec votre facturation.

*À défaut de se conformer à cet avis, le service sera refusé avec le message explicatif **916**.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale.....	122,80
----	Supplément de consultation 61,45	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	184,25
T 09088	Supplément de durée.....	66,55

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T 09202	Visite de contrôle	61,40
---------	--------------------------	-------

UROLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597 et 16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	59,30
T 15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	59,30
T ----	Supplément de consultation 25,65	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	84,95
T 09129	Visite de contrôle	22,00
+ 15758	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	47,70
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,70
T ----	Supplément de consultation 34,55	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	82,25
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 74,00	
T 16109	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	121,70
NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.		
T 09152	Visite de contrôle	19,10
+ 09161	Tournée des malades le week-end	34,25
(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		

Externe

T 09162	Visite principale	45,60
T 15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	45,60
T ----	Supplément de consultation 19,75	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,35
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 63,70	
T 16110	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	109,30
	NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.	

T 09164	Visite de contrôle.	16,90
+ 15760	Si patient de moins de 14 ans, supplément.	10,00

Salle d'urgence

15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00
	AVIS : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>	

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	25,80
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	25,80
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,50
T 09148	Visite de contrôle	13,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

T 09168	Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport	45,00
---------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : ((1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale.....	45,60
T	----	Supplément de consultation 19,75	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	65,35
T	09202	Visite de contrôle.....	16,90

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

HORS DISCIPLINE**AVIS :** Voir la règle 22 du préambule général.

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

T 09128	Visite principale	46,00
T 09139	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09158	Visite principale	39,00
T 09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	39,00
T 09159	Visite de contrôle	17,00

Externe

T 09177	Visite principale	39,00
T 09178	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

T 09197	Visite principale	39,00
T 09298	Visite principale subséquente, par trimestre	39,00
T 09198	Visite de contrôle	17,00

Domicile :

T 09179	Visite principale	46,00
T 09199	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09210	Visite principale	39,00
T	09211	Visite de contrôle	17,00

DIVERS

+ 15761 Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet et en établissement lors d'une visite. 25,00

AVIS : *Voir la règle 35 du préambule général.*

15264 Constat de décès :
 Constat de décès à distance 25,00
 NOTE : L'acte codé 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.

09200 rédaction de la déclaration de décès 31,00
 (formulaire SP3)

AVIS : *Voir la règle 20 du préambule général.*

00080 Surveillance
 première demi-heure 39,00
 par quart d'heure additionnel 39,00

AVIS : *Voir la règle 9 du préambule général.*

Aux fins de la facturation, inscrire :

- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- lorsque le patient est admis, la date de son admission dans la section Établissement;
- le nombre d'unités dans la case UNITÉS en utilisant une seule ligne. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel.

Fournir les renseignements suivants dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire - considération spéciale (1944) :

- L'heure de début et de fin;
- Les notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient ou tout autre document jugé pertinent justifiant la disponibilité immédiate du médecin;
- Le ou les codes de diagnostic.

R = 1

09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier	
	première demi-heure	78,00
	par quart d'heure additionnel	78,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du préambule général.

Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités dans la case UNITÉS, correspondant au temps requis pour l'aller seulement.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la section Établissement et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de toute autre gare d'embarquement.

08925	Thérapie de communication	46,00
	(Voir règle 7 du préambule général)	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

R = 1

15405	Réunions cliniques multidisciplinaires	200,00
15406	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	50,00

(Voir règle 34 du préambule général de l'annexe 4 ou règle 9 du préambule général de l'annexe 5)

NOTE : La participation aux réunions visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période complète de 15 minutes. Maximum de 40 heures par année civile, par médecin.

NOTE : Les actes codés 15405 et 15406 ne s'appliquent pas aux médecins classés en anatomopathologie ou en psychiatrie, à un médecin qui participe à une clinique des tumeurs et à un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité (voir règle 34.5 du préambule général).

AVIS : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **15405** ou **15406** dans la section Actes;
- pour l'acte **15406**, inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels (maximum 3 quarts d'heure) dans la case UNITÉS.

Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé avec ces codes.

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

Conserver, pour une période de 60 mois, les documents concernant la discussion du cas clinique aux fins de références ultérieures.

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

	Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (voir règle 36 du préambule général)	
17000	par quart d'heure complété	50,00
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>	
+ 17001	temps de déplacement, par quart d'heure de déplacement complété (maximum 3 quarts d'heure)	50,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire :</i>	
	- <i>le nombre de quarts d'heure (aller-retour) dans la case UNITÉS;</i>	
	- <i>la lettre A dans la case C.S.</i>	
	- <i>le lieu d'arrivée (code de l'établissement, du cabinet ou de la localité) qui correspond au lieu où le service est rendu dans la section Établissement;</i>	
	- <i>le code postal du lieu de départ qui correspond au lieu principal de pratique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i>	
	- <i>le code postal du lieu d'arrivée qui correspond au lieu où le service est rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i>	
	- <i>Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.</i>	
	<i>Lorsque plus de six unités sont demandées (pour l'aller-retour), fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).</i>	
	<i>Voir la règle 36.2 du préambule général.</i>	
17002	Démarches effectuées pour l'obtention et la gestion des médicaments (voir règle 37 du préambule général)	50,00
	Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir (voir règle 38 du préambule général)	
17003	partie 1 du formulaire seulement et sa transmission	150,00
17004	parties 1, 2 et 3 du formulaire et sa transmission	250,00

17005	Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir (voir règle 39 du préambule général)	50,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin accompagnateur dans les cases</i> PROFESSIONNEL RÉFÉRANT <i>et SON NUMÉRO.</i>	
17006	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (voir règle 40 du préambule général)	100,00

R = 1

**EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL
POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME
D'ASSAUT SEXUEL
(LETTRE D'ENTENTE N° 5)**

Au cabinet :		
00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	431,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	185,00
Dans un établissement :		
00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	354,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	153,00
09069	pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans, sur présentation de notes explicatives, par demi-heure additionnelle, supplément.	54,00

AVIS : *Fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

**ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE
(LETTRE D'ENTENTE N° 6)**

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

- 1) Un questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles
 - yeux
 - système digestif
 - système cardiovasculaire
 - système respiratoire
 - système génito-urinaire
 - système nerveux
 - appareil locomoteur
 - système endocrinien.
- 2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

R = 1

- 3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.
- 4) Un examen clinique des régions suivantes :
 - peau
 - phanères
 - ganglions
 - tête
 - cou
 - thorax
 - abdomen
 - organes génitaux (sauf contre-indication)
 - colonne et extrémités.
- 5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.
- 6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.
- 7) La rédaction et son envoi à l'organisme concerné du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
 - le bilan médical et pronostic
 - le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
 - les suggestions d'allocation de services.

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	153,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	37,00

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS
EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :
09070 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 185,00

Dans un établissement :
09071 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 153,00

Supplément :
(cabinet ou établissement)
09073 supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives) 54,00

AVIS : *Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance
15260 évaluation - suite à une ordonnance de la cour 556,00

Évaluation au vu du dossier de l'enfant
15261 évaluation - au vu du dossier 278,00

15262 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure 175,00

AVIS : *Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ou les renseignements essentiels dans les cases correspondantes de la demande de paiement dans le cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas disponible;
 - pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
 - pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - le code **15262** dans la section Actes;
 - le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code.**

AVIS : *Lorsqu'une ordonnance du tribunal est requise, veuillez la conserver pour un période de 60 mois aux fins de références ultérieures.*

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS
MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
(LETTRE D'ENTENTE N° 172)**

98000	Évaluation – garde préventive	150,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	250,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	250,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	950,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	175,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	300,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 000,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	600,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	600,00
98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	600,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	600,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse.	600,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.	175,00
98020	Signalement à la DPJ	400,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé).	480,00
98022	Communication en vue d'une évaluation de dangerosité	150,00

#

AVIS : *Pour la facturation des codes 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022 dans la section Actes;
 - le numéro d'établissement dans la section Établissement.
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.**

Voir la page suivante pour la suite des avis administratifs.

- # **AVIS :** Les évaluations psychiatriques **98005**, **98006** et **98007** sont assurées en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéficiaire de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S. de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance **ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.**

Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé ou le **numéro d'assurance maladie** de l'accusé dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;
 - le code **98005**, **98006** ou **98007** dans la section Actes;
 - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S., s'il y a lieu;
 - le numéro d'établissement dans la section Établissement.
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.**

- # **AVIS :** Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en demi-heure (175,00 \$) et utiliser le code **98012**.

Si le témoignage du médecin est en relation avec l'une des évaluations codées **98005**, **98006** ou **98007**, vous référer au premier avis inscrit pour ces codes spécifiques pour des instructions additionnelles.

- Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :
- le **numéro d'assurance maladie** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code **98012** dans la section Actes;
 - pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
 - pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - le **nombre de demi-heure(s)** dans la case UNITÉS.
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code.**

- AVIS :** Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du Tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître selon le cas, aux fins de références ultérieures.

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicté par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre	25,00
-------	--	-------

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	25,00
-------	----------------------------------	-------

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	31,00
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	31,00

SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques.	28,00
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction.	44,00
15312	Examen externe d'un cadavre	54,00

AVIS : *En l'absence du numéro d'assurance maladie de la personne assurée, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.*

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire les coordonnées suivantes dans la section Identité de la personne assurée :

- Nom de famille : **DO**
- Prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
- Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année de naissance (exemple 1940), le mois est toujours **01** et le jour est toujours **01**, soit **400101**
- Sexe : **M** ou **F**

**ANNEXE 24
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 21,50

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 20,00

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 20,00

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 25,00

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 pré-existante.

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	90,00
-------	---	-------

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.	125,00
-------	---	--------

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.	125,00
-------	--	--------

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 objet 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'édicte 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	400,00
09901	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09984	supplément pour la psychiatrie	300,00

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^o 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	780,00
09902	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09985	supplément pour la psychiatrie.	300,00
	2^o 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.	875,00
09980	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09986	supplément pour la psychiatrie.	300,00

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	.....	65,00
09948	.....	110,00
09949	.....	165,00

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie.	250,00
-------	---	--------

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES

A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé ou dont l'état ne lui permet pas de se présenter au Comité et qui est d'accord à ce qu'une décision soit rendue sur dossier quant à sa réclamation, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur. Les membres du comité posent un diagnostic, déterminent si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité.	380,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	115,00
09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	120,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu.	90,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	175,00

C) 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

09903	. . . . .	65,00
09904	. . . . .	115,00
09905	. . . . .	175,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE**A) Nature du rapport**

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission	375,00
-------	---	--------

13. 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 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'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	365,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	625,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	665,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	950,00
09977	supplément lorsque effectué en cabinet.	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux 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'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre.....	565,00
09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	750,00
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

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale, du Comité des maladies pulmonaires, du Comité spécial des présidents ou une évaluation médicale visée à l'article 10 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, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours avant la date du rendez-vous initial. (MOD=032)

15. 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, 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 par lésion professionnelle acceptée par la Commission ou, par la suite, au maximum une fois par an lorsqu'une aggravation de la surdité est suspectée.

09919	supplément pour la production des tests audiologiques en cabinet privé dans les cas prévus	85,00
-------	--	-------

16. 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.*

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

A) Assignation 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 à la Commission du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci.	65,00
-------	--	-------

18. 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

19. 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^o 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^o 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^o 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

20. 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.

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.
Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la case DATE DE L'ACCIDENT.*

**ANNEXE 30
ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES
HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION
LOURDE**

Abrogé.