

Renseignements généraux de l'assurance-maladie

Conditions de participation

1. Définition du praticien

La *Loi sur le paiement des services médicaux* définit le médecin comme une personne ayant légalement le droit d'exercer la médecine à l'endroit où elle l'exerce.

2. Praticien participant

Selon la définition qu'en donne le Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, le praticien participant est un médecin qui a choisi, conformément au Règlement, d'exercer sa profession dans le cadre des dispositions de la *Loi* et du Règlement; c.-à.-d. il participe au régime.

3. Procédure à suivre pour devenir praticien non participant

Tout praticien autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick qui n'a pas opté pour la participation est réputé avoir opté pour la non-participation. Aucune autre mesure n'est requise de sa part pour avoir le statut de non-participant.

Le praticien qui a opté pour la participation au régime et qui désire par la suite changer son statut et opter pour la non-participation totale peut le faire en avisant le Ministère par écrit de son intention. Son changement de statut entre en vigueur à la date de la réception par le Ministère de cette notification écrite ou à la date précisée par le praticien, la date ultérieure devant prévaloir.

Praticiens non participants

Les praticiens non participants ne sont pas payés directement par l'Assurance-maladie pour les services qu'ils dispensent. Ils doivent pour tous les services qu'ils dispensent facturer leurs patients. Leurs patients n'ont pas droit à un remboursement de ces services par l'Assurance-maladie.

Cependant, il y a lieu de noter qu'un praticien participant ne peut opter pour la non-participation dans le cas d'un patient que pour la totalité du traitement d'un état donné, y compris toutes les complications qui pourront survenir au cours d'une période raisonnable.

Dans le cas d'une série de services comportant des honoraires globaux ou corrélatifs, le praticien devra opter soit pour la participation, soit pour la non-participation relativement à la série entière des services qui suivent la consultation initiale.

La non-participation n'est pas autorisée dans le cas de soins d'urgence, dans le cas de services dispensés à des patients hospitalisés sauf s'ils ont été convenus avant l'admission de même que pour des soins déjà amorcés dans le cadre de la participation. Personne ne doit être privé d'un accès raisonnable aux services par suite de sa non-participation.

Les patients n'ont pas droit à un remboursement ni total ni partiel pour les services facturés à un tarif supérieur au tarif et, en acceptant de recevoir des services à ce tarif, le patient renonce à son droit à ce remboursement. L'indication à donner au patient au sujet de la non-participation est décrite plus loin.

Conditions de participation (suite)

4. Conditions relatives à la présentation et au règlement des factures

Praticiens participants

Le praticien participant facture directement au régime les services qu'il dispense.

Si un praticien participant désire opter pour la non-participation relativement à un patient ou à un service particulier, il ne doit pas facturer l'Assurance-maladie. Il doit tout d'abord obtenir le consentement du patient à se faire traiter dans le cadre de la non-participation, après quoi il peut facturer le patient pour le service en question.

5. Indication aux patients du statut de non-participation

Dans chaque cas où le médecin choisit la non-participation pour un service, il doit suivre la procédure suivante. Avant de dispenser un service, le praticien doit aviser le patient qu'il opte pour la non-participation dans le cas de ces services, puis :

- (a) si les frais ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie, le praticien doit remplir les formules de facturation particulières de l'Assurance-maladie et indiquer le montant exact global qu'il a demandé au patient. Le bénéficiaire demande le remboursement en attestant la réception des services sur la formule de facturation et en transmettant cette formule à l'Assurance-maladie.
- (b) si les frais doivent dépasser le tarif de l'Assurance-maladie, le praticien doit, avant de dispenser les services, aviser le bénéficiaire :
 - qu'il opte pour la non-participation et exigera des honoraires plus élevés que ce tarif;
 - qu'en acceptant le service dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits concernant un remboursement par l'Assurance-maladie;
 - que le patient a le droit de solliciter les services d'un autre praticien dans le cadre de la participation.

Le médecin doit faire signer par le patient une renonciation sur la formule spéciale et transmettre sans délai cette formule à l'Assurance-maladie. En pareils cas, on ne remplit aucune formule de facturation de l'Assurance-maladie.

Entente de participation du médecin

Je soussigné, médecin dûment inscrit, désire exercer ma profession conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et son règlement d'application. Je consens notamment à accepter comme paiement intégral les honoraires versés par la Direction de l'Assurance-maladie pour tout service assuré que je dispenserai et pour lequel je présente une facture à la Direction de l'Assurance-maladie, et à ne présenter à quiconque aucune autre facture relativement à ce service.

Conditions de participation (suite)**Renonciation à l'assurance-maladie par le patient**

1. Le D^r _____ m'a informé qu'il ne participera pas au régime d'assurance-maladie dans le cas du ou des services suivants, qu'il dispensera à _____ / _____, (nom du patient) (n° d'ass.-maladie) et qu'il exigera des honoraires plus élevés que ne le prévoit le régime à cet égard :

Code du service _____

Date du service _____

2. Je sais qu'en acceptant ce ou ces services dans de telles conditions, je renonce à tous mes droits concernant le remboursement de ces services.
3. Le médecin susmentionné m'a également précisé que ces services sont dispensés par d'autres praticiens qui acceptent les honoraires prévus par le régime de l'assurance-maladie.
4. J'accepte de recevoir le ou les services susmentionnés, dans les conditions précitées.

Signature du bénéficiaire

date

Déclaration de non-participation

J'ai informé le bénéficiaire susmentionné de ma non-participation au régime, tel que précisé ci-dessus, et je n'ai aucune raison de croire que mon retrait du régime entrave l'accès raisonnable aux services médicaux dont le patient a besoin.

De plus, le cas pour lequel j'évoque ici mon statut de non-participant ne constitue ni une urgence ni la poursuite de services commencés lorsque je participais au régime. Enfin, dans le cas de services dispensés à l'hôpital, j'ai informé le patient de ma non-participation au régime avant même son admission.

Signature du praticien

date

Procédure de présentation et de règlement des factures

1. Renseignements requis

Le Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* exige que toutes les factures présentées fournissent les renseignements suivants :

- Paiement à verser au praticien ou au bénéficiaire;
 - Nom du patient;
 - Numéro d'assurance-maladie du patient;
 - Date de naissance du patient;
 - Sexe du patient;
 - Nom et numéro du praticien;
 - Qualité de chirurgien, assistant-chirurgien, chirurgien collaborateur ou anesthésiste;
 - Temps consacré par le praticien au(x) service(s), s'il est nécessaire pour établir le montant du paiement;
 - Nom et numéro du praticien référant;
 - Diagnostic;
 - Date(s) des services facturés;
 - Nombre de services facturés;
 - Date d'admission à l'hôpital et date du départ en cas de soins au patient hospitalisé;
 - Lieu où les services sont dispensés : cabinet du praticien, domicile du patient, hôpital (patient hospitalisé), services externes ou d'urgence d'un hôpital, foyer de soins ou ailleurs;
 - Code(s) du ou des services et tarifs facturés;
 - Nombre total de lignes;
 - Renseignements ou observations concernant le traitement;
 - Date à laquelle la formule est remplie;
- Signature du patient dans le cas de services pour lesquels le praticien opte pour la non-participation.

2. Soumissions

Depuis le printemps 1992, la seule voie acceptée pour soumettre à l'Assurance-maladie des factures pour services à l'acte est par moyen électronique. Pour une considération spéciale, une facture papier doit être soumise.

Pour pouvoir soumettre des demandes de paiement par voie électronique, tout praticien doit obtenir de l'Assurance-maladie le manuel de demande de participation, qui contient des renseignements détaillés sur le processus de facturation électronique. Un médecin peut choisir le logiciel de facturation de l'Assurance-maladie (Telemed) ou celui offert par une entreprise privée. Si le logiciel choisi est Telemed, on doit l'indiquer au moment de la demande de participation. Quel que soit le logiciel de facturation choisi, le logiciel de communication « BLAST » est requis et sera fourni par l'Assurance-maladie.

Les formules de demande de participation et l'entente sont incluses dans le manuel de participation. Une fois que l'Assurance-maladie a confirmé que les documents sont en règle, le manuel descriptif de télétransmission et, pour les usagers de Telemed, les disquettes du logiciel Telemed et les directives d'installation sont envoyées.

Procédure d'appel (suite)

Les factures papier sont scrutés par un lecteur optique de caractères (LOC) qui mémorise l'information fournie dans les espaces à encadrements de ces formulaires.

La facture du praticien pour un patient est utilisée lorsque les codes de facturation sont pour des services ayant une considération spéciale; pour les factures de services qui ne peuvent être soumises par voie électronique; pour les factures de services exigeant une documentation additionnelle ou lorsque l'on demande une considération spéciale.

La facture pour non-résident est utilisée pour les mêmes raisons que le formulaire facture simple du praticien, mais le service est dispensé à un non-résident.

La facture du bénéficiaire doit être utilisée lorsque le praticien facture directement le patient par suite du choix de non-participation, si les frais demandés ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie; sinon, aucune facture n'est présentée à l'Assurance-maladie.

Pour accélérer le traitement et le règlement des factures, il importe de remplir soigneusement les formulaires de facturation.

Les factures incomplètes ou inexactes, exigeant un traitement manuel, un examen et les cas échéant une correction par le personnel de l'Assurance-maladie ne peuvent être traitées et réglées aussi rapidement que si elles étaient complètes et exactes.

3. Présentation des factures – services d'un praticien non participant

Pour tout service pour lequel un praticien a choisi la non-participation, il doit, avant de dispenser le service, informer le patient qu'il le facturera directement pour le service. Si les frais qu'il demande ne dépassent pas le tarif de l'Assurance-maladie, le formulaire de facturation prévu doit être rempli par le bureau du praticien. Une fois ce formulaire rempli, le patient l'envoie par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire de facturation. Le paiement se fait directement au bénéficiaire.

Si le praticien demande des frais supérieurs au tarif de l'Assurance-maladie, le patient doit signer une renonciation à l'Assurance-maladie par le patient. Le praticien envoie par la poste ce formulaire à l'Assurance-maladie. Dans ces circonstances, aucune demande de remboursement ne peut être présentée.

1. Résidents d'autres pays

Le médecin doit facturer directement le patient si celui-ci n'est pas un résident du Canada. Afin de faciliter le remboursement par l'assurance, on doit fournir une description détaillée du service rendu.

2. Résidents d'autres provinces

- (A) Si un médecin dispense un service à un patient qui réside dans une province ou un territoire canadien autre que le Nouveau-Brunswick, ou à un patient qui n'est pas encore admissible à l'Assurance-maladie, un formulaire de réclamation hors province doit être rempli et soumis, par le patient ou le médecin, à son régime d'assurance-maladie dans les situations suivantes :

Procédure de présentation et de règlement des factures (suite)

- Le patient est un résident de la province de Québec;
- Le patient ne peut pas présenter une carte d'assurance-maladie courante valide;
- Le service rendu est un service exclus aux fins de l'Entente interprovinciale de réciprocité en matière de facturation;
- Le médecin choisit d'obtenir le paiement directement du patient.

(B) Réclamation pour non-résidents

Pour des services admissibles (autres que ceux énumérés dans la section précédente) dispensés en vertu de l'Entente interprovinciale de réciprocité en matière de facturation, le praticien peut soumettre une demande de paiement en tant que médecin participant et être payé directement par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick en remplissant le formulaire de réclamation pour non-résidents. L'Assurance-maladie réclame ensuite le remboursement de ces paiements à la province de résidence en vertu d'une entente de réciprocité de paiement.

Procédure de présentation et de règlement des factures (suite)

Services médicaux exclus de la facturation interprovinciale en vertu de l'Entente de réciprocité

Les services de santé figurant sur la liste suivante doivent être facturés directement au non-résident :

1. Chirurgie visant une modification de l'apparence (chirurgie esthétique);
2. Chirurgie visant un changement du sexe;
3. Réanastomose après stérilisation;
4. Avortements thérapeutiques;
5. Examens médicaux généraux, y compris les examens de la vue;
6. Fécondation in vitro, insémination artificielle;
7. Traitement de l'angiome plan ailleurs que sur la figure ou le cou, indépendamment de mode de traitement;
8. Acupuncture, acupression, électrostimulation transcutanée, moxibustion, rétroaction biologique, hypnothérapie;
9. Services dispensés à des personnes couvertes par d'autres organismes; GRC, Forces armées, Commission de la santé de la sécurité et de l'indemnisation des accidents du travail, ministère des Affaires des anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux);
10. Services rendus à la demande d'un tiers;
11. Conférence(s) d'équipe;
12. Dépistage en génétique et autres examens de type génétique, y compris les sondes ADN;
13. Procédés qui en sont encore à la phase expérimentale ou de développement;
14. Services d'anesthésie et d'assistant chirurgical associés aux actes énumérés ci-dessus.

4. Règlement des factures

Paiement versé aux praticiens

Des chèques sont envoyés régulièrement (soit toutes les deux semaines) à tous les praticiens participants pour toutes les factures dont le paiement a été approuvé.

Chaque chèque couvre les factures énumérées dans le relevé des paiements auquel le chèque se rapporte.

5. Rectification des factures

Certains services peuvent être payés à un taux différent de celui que le praticien facture ou prévoit.

Les rectifications de paiement peuvent découler de divers facteurs, notamment les suivants : application des règles d'évaluation ou interprétation du Cahier des tarifs, inexactitude des factures des praticiens, services non assurés, tarifs globaux dont on a déjà effectué le paiement partiel, et ainsi de suite.

Le relevé des paiements qui accompagne chaque chèque envoyé au praticien fournit l'explication de ces rectifications.

Procédure de présentation et de règlement des factures (suite)

Si le règlement d'une facture ne peut se faire de la manière indiquée ci-dessus, on envoie au praticien un rapport de corrections ou un autre document.

Le praticien doit présenter une nouvelle facture ou le document comportant les renseignements rectifiés ou additionnels pour que la facture soit réglée.

Pour de plus amples renseignements concernant les factures refusées et les procédures d'appel, voir les procédures d'appel aux pages 1/8 et 1/9.

6. Identification du patient

La carte d'identité du bénéficiaire comporte : nom, date de naissance, numéro d'assurance-maladie et hospitalisation et date d'expiration. Ces renseignements sont exigés sur la formule de facturation, sauf pour la date d'expiration.

7. Procédure à suivre si le patient n'est pas inscrit

Si un praticien dispense un service à un résident du Nouveau-Brunswick qui n'est pas inscrit à l'Assurance-maladie, il peut procéder de l'une des façons suivantes :

- (a) Le praticien peut opter pour la non-participation pour le service en question et facturer directement le patient, en laissant au patient le soin de s'inscrire et d'obtenir le paiement de l'Assurance-maladie, s'il est admissible.
- (b) Le praticien peut aider le patient en lui conseillant d'écrire directement au Service des inscriptions de l'Assurance-maladie pour obtenir une formule d'inscription que le patient devra remplir et retourner. Lorsqu'il aura reçu un numéro d'identification, le patient devra le donner au praticien, qui pourra l'inscrire sur une formule de facturation dûment remplie et facturer directement l'Assurance-maladie.

Procédures d'appel

1. Appels par les médecins

Lorsqu'un médecin participant a une plainte en ce qui a trait à l'évaluation d'une facture pour des services assurés, il ou elle a le droit de demander une révision par un comité d'appels. Ce processus de révision est déclenché par une demande écrite du médecin à la directrice de l'Assurance-maladie.

Des changements sont actuellement apportés au processus d'appel. Toutefois, un mécanisme d'appels intérimaire est en place et opérationnel.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou les Services de liaison de l'Assurance-maladie. Une description détaillée du nouveau processus d'appels vous sera acheminé dès qu'il sera disponible. Le document sera sous forme de feuille de remplacement au barème d'honoraires.

Procédure d'appel (suite)

2. Appels interjetés par les bénéficiaires

Les procédures d'appel applicables aux bénéficiaires concernent toutes les factures relatives à des services assurés, qu'ils aient été facturés comme services dispensés au titre de la participation ou de la non-participation, ou qu'ils aient été dispensés par des praticiens participants ou non participants.

Lorsqu'un bénéficiaire conteste son admissibilité à recevoir le paiement de services assurés ou l'évaluation d'un compte applicable à un service assuré, il a le droit de faire examiner la question par le Comité d'appel des services assurés, constitué en application du Règlement général établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Cet examen sera entrepris dès que le directeur (la directrice) de l'Assurance-maladie reçoit une demande de la part du bénéficiaire.

Le Comité d'appel des services assurés conseille le ministre au sujet de l'admissibilité ou de l'évaluation contestée. Le ministre décide ensuite de la mesure à prendre et le directeur avise le bénéficiaire du résultat de l'examen.

Services exclus

L'éventail des services assurés par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick comprend tous les services médicalement requis dispensés par des médecins; il comprend également certains actes de chirurgie dentaire, quand ils sont effectués par des médecins ou par des chirurgiens-dentistes.

Certains services, énumérés à l'annexe 2 du Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, sont formellement exclus de l'éventail des services assurés par l'Assurance-maladie, à savoir :

- a) la chirurgie plastique facultative ou les autres services à fins esthétiques;
 - a.1) l'avortement, sauf s'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un hôpital approuvé par les autorités où est situé l'hôpital, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
 - a.2) l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison de l'existence d'une maladie ou autre complication;
- b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- c) les substances biologiques figurant aux articles 107, 108 et 109 du règlement 66-43 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;

Services exclus (suite)

- d) les consultations ou renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;
- e) l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- f) les services dentaires dispensés par un médecin;
- f.1) les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- f.2) les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;
- g) la distance ou le temps des déplacements qui n'est pas spécifiquement prévu dans le Cahier des tarifs;
- h) un témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- i) les immunisations, examens ou certificats aux fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance, ou faits à la demande d'une tierce personne;
- j) les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;
- k) une psychanalyse;
- l) l'électrocardiographie (ECG), lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- m) les actes en laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- n) la détermination de vices de réfractions;
- n.1) des services dispensés dans la province par des médecins ou des dentistes dont les droits excèdent le taux prescrit au présent règlement;
- o) l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles de contact;
- p) une chirurgie transsexuelle;
- p.1) les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- q) l'acuponcture;
- r) un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique, et non pour des raisons de nécessité médicale;

Services exclus (suite)

- s) la circoncision des nouveau-nés;
- t) l'inversion de vasectomies;
- u) une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- v) l'inversion d'une ligature des trompes;
- w) l'insémination intra-utérine;
- x) la gastroplastie ou le pontage gastrique;
- y) la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Fournitures et matériel

En règle générale, un praticien ne peut facturer des articles reliés à des fournitures et à du matériel habituellement disponibles dans un cabinet, sauf dans les cas prévus ci-dessous à l'article II. De même, en règle générale, un praticien peut facturer des articles de fournitures et de matériel qui sont généralement fournis par l'hôpital.

I. Articles inclus

Sont inclus dans les tarifs des services assurés sauf indication contraire :

- A. Toutes les tâches administratives entourant une visite (qu'elles soient ou non sous le contrôle direct du médecin), notamment: rendez-vous, inscriptions, fiches médicales, facturation et envoi de rapports à un médecin référant.
- B. L'utilisation de l'ensemble des fournitures et du matériel généralement disponibles au cabinet, notamment : blouses, thermomètres, spéculums et matériel d'actes diagnostiques et thérapeutiques mineurs.
- C. Tous les articles jetables, notamment : blouses, papier de table d'examen, thermomètres, lancettes, spéculums, seringues (moins de 10cc) et aiguilles.
- D. Fournitures et matériel non réutilisables que l'on utilise, applique ou administre au moment du service assuré, par exemple :
 - (1) pour le simple pansement de blessures ou de lésions;
 - (2) pour le prélèvement, la conservation ou l'expédition normale d'échantillons;
 - (3) pour l'utilisation de matériel diagnostique, notamment papier d'électrocardiogrammes et électrodes jetables;
 - (4) pour l'exécution de tests d'allergie, à l'exception de rares antigènes spécifiques.

Services exclus (suite)

E. Simples moyens d'aide aux patients, notamment préparation d'instructions de base et feuilles de régime.

II. Articles exclus

Le médecin peut choisir, s'il y a lieu, d'imposer des frais à un patient ou à quelqu'un agissant au nom du patient pour les types suivants de coûts :

- (1) appels interurbains, services de télétransmission ou de messagerie;
- (2) livres ou prospectus commerciaux;
- (3) médicaments injectables ou administrés par voie buccale ou autre, y compris agents anesthésiques;
- (4) pansements importants ou médicamenteux appliqués au moment de la visite;
- (5) dispositifs comme stérilets et diaphragmes;
- (6) plâtres, supports, orthèses ainsi que tout autre matériel spécial servant à des fins purement esthétiques ou aux sports;
- (7) articles réutilisables, comme bandages ou bas élastiques;
- (8) toutes les autres fournitures que le patient apporte;
- (9) tests de laboratoire, sauf s'ils sont assurés dans le Manuel du médecin.

Admissibilité et inscription des patients

Voir le dépliant intitulé « Réponses à vos questions ».

Unité de vérification des factures des praticiens

1. Renseignements généraux

Toutes les factures de médecins ou de patients payées par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick peuvent faire l'objet d'une vérification. Cela ne sous-entend aucunement une critique des personnes qui offrent des services ou en reçoivent. Il s'agit plutôt de garantir l'efficacité d'un programme public et de bien s'assurer que les paiements sont dûment consignés et correspondent aux bons montants. Les vérifications se déroulent dans le strict respect du caractère confidentiel des renseignements.

La documentation fait partie intégrante du service médical. Des dossiers médicaux bien tenus améliorent la qualité et la continuité des soins et protègent à la fois le médecin et son patient.

Il faut établir la documentation pour tous les services facturés à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick avant le traitement du paiement de ces factures.

Toutes les factures payées par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick doivent se justifier en regard du dossier du patient, relativement au service offert et facturé. S'il n'est pas possible de produire ces documents et à défaut d'une explication convenable, le service en cause sera réputé ne pas avoir été offert et ne donnera lieu à aucun paiement. À la demande de l'Assurance-maladie, un médecin doit s'efforcer dans toute la mesure du possible de produire ou de rendre accessibles les

Unité de vérification de factures des praticiens (suite)

dossiers des patients afin de préciser les services visés par une demande de paiement ou de permettre leur vérification.

Aux fins du suivi par l'Assurance-maladie, un médecin doit conserver pendant une période de sept ans les dossiers médicaux qui justifient sa facturation à l'Assurance-maladie.

2. Normes relatives aux dossiers médicaux

Pour évaluer correctement la validité de la facturation, le dossier clinique d'un médecin devrait contenir au moins les renseignements lisibles ci-dessous :

- Nom du patient, numéro d'assurance-maladie et date de naissance.
- Nom du médecin référant, le cas échéant.
- Nom du consultant, le cas échéant.
- Date de prestation du service.
- Raison de la visite chez le médecin, plainte du patient.
- Résultats de l'examen physique (partie ou région du corps) ou état affectif, le cas échéant.
- Diagnostic.
- Plan d'investigation ou de traitement (y compris une ordonnance de médicament, le cas échéant).
- Concernant les actes médicaux, en plus des précisions ci-dessus, il faudrait décrire le service offert ou la chirurgie exécutée.
- Concernant les codes de facturation fondés sur le temps (par exemple counseling), il faut indiquer l'heure du début de la séance et sa durée.
- Concernant les codes de facturation fondés sur le moment de la journée (visites d'urgence et primes d'urgence), il faut indiquer le moment de la journée.

3. Périodicité de la vérification

- Tous les médecins peuvent faire l'objet d'une vérification à tout moment.
- Une vérification non aléatoire aura lieu au besoin, à la lumière de l'examen des ressources utilisées ou d'autres données.

4. Visite de vérification

- Les vérificateurs seront des employés du ministère de la Santé et du Mieux-être.
- Le personnel de vérification respectera le caractère confidentiel des renseignements.
- Les vérificateurs peuvent effectuer une visite de vérification sur préavis de deux jours ouvrables. Tous les efforts seront consentis afin de réduire au minimum la perturbation des activités normales du bureau.
- Les vérificateurs seront autorisés à prendre des notes, à produire des photocopies.
- Le refus d'une visite de vérification constitue une infraction en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

5. Lettre de vérification

Unité de vérification de factures des praticiens (suite)

Une lettre de vérification est envoyée aux bénéficiaires de services assurés, dans laquelle on leur demande de répondre à quelques questions, puis de renvoyer le tout à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Cette formalité vise à établir que le service offert correspond bien au service facturé.

6. Résultats de la vérification

Après l'examen de tous les renseignements recueillis pendant la vérification, le personnel de l'unité peut prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- acceptation de l'explication du médecin.
- envoi d'un avis à titre d'information.
- recouvrement des fonds.
- suivi de vérification, au besoin, afin d'établir la conformité.
- communication du dossier au Comité de revue professionnelle, aux organismes d'application de la loi, et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

7. Comité de revue professionnelle

Le Comité de revue professionnelle se compose de cinq médecins qui exercent dans la province. Leur candidature est soumise par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et ils sont nommés par le ministre de la Santé et Mieux-être. Le Comité examine et étudie toutes les questions qui lui sont présentées par l'unité de vérification des factures des professionnels – Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Pour obtenir des précisions sur les responsabilités et le mandat de ce comité, consulter la *Loi sur le paiement des services médicaux* et le *Règlement 84-20* afférent.

Règles d'évaluation

1. Base de paiement

Lors des discussions entre la Société médicale et le ministère de la Santé et du Mieux-être concernant la base de paiement des services assurés par l'Assurance-maladie, certaines modifications, précisions et interprétations du Cahier des tarifs de la Société ont été convenues.

Outre les modifications intégrées au Cahier des tarifs de la Société, certains articles spéciaux compris dans le barème de paiement de l'Assurance-maladie apportent d'autres modifications au Cahier des tarifs, aux fins des paiements de l'Assurance-maladie, mais ne font pas partie du Cahier des tarifs. Ces articles spéciaux figurent dans le présent manuel sous forme d'avis administratifs de l'Assurance-maladie, et certains d'entre eux sont dans les règles d'évaluation suivantes.

2. Règles d'évaluation – observations générales

Quelques-unes des principales règles d'évaluation qui s'appliquent à l'évaluation des factures de l'Assurance-maladie figurent dans le Cahier des tarifs de la Société reproduit plus loin.

A noter que ces règles ne font pas partie du Cahier des tarifs de la Société. Elles sont indiquées dans le Cahier pour en faciliter la consultation et pour aider le médecin à facturer correctement le régime.

Toutes les règles d'évaluation figurent dans le répertoire numérique aux pages suivantes.

Le répertoire comprend les règles qui se trouvent dans le corps du Cahier des tarifs.

3. Règles d'évaluation – répertoire détaillé

Voici le répertoire détaillé des règles d'évaluation qui s'appliquent aux factures de l'Assurance-maladie :

- Règle 1 Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.
- Règle 2 Les consultations, examens ou rapports écrits à des fins médico-légales ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.
- Règle 3 La rédaction d'un certificat pour permis de conduire n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.
- Règle 4 Un déplacement n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs.

Règles d'évaluation (suite)

- Règle 5 Une consultation par téléphone n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs.
- Règle 6 Les services figurant à l'annexe 2 du Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie. (Voir les pages 1/9-11.)
-  **Note de l'Assurance-maladie : Fournitures et matériel aux pages 1/11-12.**
- Règle 7 Dans le cas d'un spécialiste, les factures de l'Assurance-maladie pour les premières visites au cabinet comportant un examen complet ne sont admises qu'une fois par période de 365 jours, pour le même patient.
- Règle 8 (Abrogée 01/07/83)
- Règle 9 Les factures de l'Assurance-maladie pour les premières visites au cabinet comportant un examen spécifique ne sont admises qu'une fois par période de 90 jours, pour un même patient. En outre, ces factures ne sont pas admises si la visite a eu lieu moins de 90 jours après une première visite comportant un examen complet.
- Règle 10 Un médecin ne peut facturer de tarif de visite pour les journées où il facture aussi des tarifs de psychothérapie ou de soins psychiatriques, sauf s'il s'agit d'une consultation ou de soins le jour de l'admission à l'hôpital.
-  **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note aux pages 5/4 et 5/42.**
- Règle 11 Aucun paiement de consultation ne sera fait par l'Assurance-maladie à moins que le relevé des soins médicaux du patient n'indique un service antérieur dispensé par le médecin figurant comme médecin référant dans la facture du consultant. A défaut d'un tel service antérieur de la part du médecin référant, la facture sera payée à titre de visite au cabinet applicable à un patient non référé.
-  **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note au paragraphe (8), page 3/8.**
- Règle 12 Aucun paiement ne sera fait à un omnipraticien pour un examen physique complet rattaché à une maladie, lorsque le même médecin a soumis le patient à un tel examen au cours des 42 jours précédents.
- Règle 13 Quand l'exécution d'un acte des listes A ou B est le seul objet de la présence aux services externes ou d'urgence, seul le tarif de l'acte est payable. De plus, si un tarif de visite ou de consultation a été versé pendant les 30 jours précédents, aucun autre tarif de

Règles d'évaluation (suite)

visite ou de consultation ne peut être facturé à la date d'exécution d'un acte des listes A ou B, sauf en situation d'urgence où l'on doit demander une considération spéciale.

- Règle 14 Les ponctions veineuses (code 2050) en vue du prélèvement d'échantillons pour épreuves en laboratoire ne sont pas payables quand un tarif de visite, de consultation ou d'acte est versé au médecin.
- Règle 15 Les électrocardiographies ne sont des services assurés par l'Assurance-maladie que lorsqu'elles sont effectuées par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie.
- Règle 16 Les médecins participants ne peuvent pas opter pour la non-participation dans le cas des situations d'urgence ou des patients soumis à une période de soins à l'hôpital, à moins d'une entente avant l'entrée à l'hôpital, ni dans le cas des soins continus.
- Règle 17 Les factures de surveillance exclusive ne peuvent être approuvées à moins d'être accompagnées de notes explicatives décrivant les circonstances qui ont nécessité la surveillance exclusive. Le temps complet consacré aux soins du patient doit être indiqué.
- Règle 18 Lorsqu'une évaluation majeure est payée le jour d'entrée à l'hôpital, le tarif à la journée n'est pas versé en plus de l'évaluation majeure.
- Règle 19 Dans le calcul du nombre de jours de séjour sur lequel seront basés les paiements de soins à l'hôpital, le jour d'admission et le jour du départ comptent chacun pour un jour, et sont tous les deux payables.
- Règle 20 (Abrogée 01/04/81)
- Règle 21 (Abrogée 01/11/97)
- Règle 22 (Abrogée 01/08/94)
- Règle 23 (Abrogée 01/04/81)
- Règle 24 Les examens et visites préopératoires, à l'exception des soins intensifs, effectués par le chirurgien pratiquant l'opération moins de 30 jours avant cette opération sont compris englobés dans le tarif chirurgical, sous réserve des dispositions énoncées dans la règle d'évaluation 25 et dans les avis administratifs de l'Assurance-maladie figurant expressément dans le manuel. Les soins préopératoires dispensés à l'hôpital par un médecin référant sont payables quand ils sont requis pour l'investigation et le traitement. L'évaluation préopératoire effectuée par l'anesthésiste est comprise dans le tarif d'anesthésie.

Règles d'évaluation (suite)

Règle 25 Dans le cas des spécialistes en urologie, les consultations ainsi que les examens et visites au cabinet qui précèdent les opérations de l'appareil urogénital sont payés en plus du tarif de l'intervention chirurgicale, sauf lorsque ces consultations, examens ou visites sont effectués le même jour que l'intervention chirurgicale ; dans ce cas, ils sont compris dans le tarif chirurgical.

Règle 26 (Abrogée 08/01/92)

Règle 27 Tous les services médicaux (y compris les soins à domicile, au cabinet et à l'hôpital, mais ne comprenant pas les soins intensifs) que le chirurgien dispense au cours de la période postopératoire normale sont compris dans le tarif chirurgical.

 *Note de l'Assurance-maladie : Voir la note à la page 4/6.*

Règle 28 *Pour toute intervention chirurgicale, la période postopératoire normale est de 30 jours.

Règle 29 Sauf disposition contraire, deux chirurgiens collaborateurs peuvent toucher chacun 70 % des montants qui seraient versés à un chirurgien intervenant seul. Un tarif d'assistant ne sera versé à un troisième médecin que si la nécessité de l'assistant est expliquée sur la facture du chirurgien ou sur un document annexé.

Règle 30 Quand plus d'un acte des listes A ou B est effectué, le tarif de l'acte principal est payé au complet, et lorsque l'autre acte est payable, il est payé à 75 % du tarif prévu.

Règle 31 (Abrogée 15/09/94)

Règle 32 Lorsqu'un acte de diagnostic endoscopique est posé, le tarif comprend toute dilatation requise pour faciliter ou permettre l'endoscopie. Si, pour des besoins thérapeutiques, une dilatation est effectuée, le tarif pertinent pour la dilatation ou l'endoscopie thérapeutique peut être facturé.

Règle 33 Les endoscopies diagnostiques sont considérées de la façon suivante :

- i) 100 % du tarif prévu, si l'endoscopie est un acte isolé;
- ii) 75 % du tarif prévu, si elle est suivie d'une chirurgie le même jour;
- iii) 0 % si elle fait normalement partie d'un acte opératoire simultané (p.ex. péritonéoscopie et ligature des trompes).

Règle 34 Les tarifs d'accouchement, césarienne et autre partum chirurgical englobent les soins post-partum ou postopératoires à l'hôpital.

Règle 35 Quand une patiente est transférée à un obstétricien juste avant ou pendant l'accouchement en raison de complications imprévues, le tarif d'accouchement est payable tant à l'obstétricien qu'au médecin transférant.

Règles d'évaluation (suite)

Si l'accouchement est fait par césarienne, le médecin transférant peut recevoir en supplément, le cas échéant, un tarif d'assistance chirurgicale.

Règle 36 (Abrogée 01/04/80)

Règle 37 Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 2,5 kilogrammes ou moins à la naissance; dans le cas de jumeaux, le tarif prévu s'applique par enfant.

Règle 38 (Abrogée 01/04/85)

Règle 39 La période de temps servant au calcul des frais d'anesthésie débute au moment où l'anesthésiste commence à administrer l'anesthésie et se termine quand le patient quitte la salle d'opération pour aller à la salle de réveil. Le temps consacré à la préparation du patient avant l'administration de l'anesthésie et le temps consacré à la surveillance du réveil du patient après sa sortie de la salle d'opération ne sont pas compris dans la période servant au calcul des frais d'anesthésie.

Règle 40 Les tarifs professionnels d'audiométrie (code 2030) ne sont pas payables quand des tarifs de visite ou consultation sont facturés.

Règle 41 Quand il effectue le même jour deux examens spéciaux ou plus en oto-laryngologie, le médecin peut facturer l'examen majeur au plein tarif et les examens moins importants à 75 % des tarifs prévus, sans dépasser de trois examens.

Règle 42 Aucun tarif de visite ou de consultation n'est payable quand les examens spéciaux en oto-laryngologie constituent le seul objet d'une visite.

Règle 43 (Abrogée 01/09/93)

Règle 44 La première visite comportant un examen complet dans le cas des spécialistes en ophtalmologie englobe au besoin les actes spéciaux suivants : examen du fond de l'œil, gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie, ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de l'œil à l'aide d'une lampe à triple miroir.

Règle 45 Le paiement des soins dispensés dans les foyers de soins ne sera fait par l'Assurance-maladie que dans le cas des visites pour lesquelles le médecin est appelé spécialement au foyer. Les visites régulières générales relatives aux soins de garde ne sont pas payées à ce titre.

Règle 46 Le tarif pour soins quotidiens et admission aux soins prolongés est payable soit à l'admission d'un patient qui provient de la communauté, soit lors de son transfert à

Règles d'évaluation (suite)

l'intérieur de l'établissement. Le paiement des codes appropriés pour soins prolongés n'est pas limité par la période postopératoire sauf dans le cas du chirurgien.

Règle 47 Les services ambulatoires ou services d'urgence qui font l'objet d'un tarif à l'acte ou à la séance ne sont pas payés en plus du tarif d'admission à l'hôpital s'ils sont prodigués lors d'une même visite à l'hôpital. Par contre, si le tarif d'une visite à l'hôpital suivie d'une admission lors d'une visite distincte, les deux services sont payables. L'heure de la journée doit être indiquée sur ces factures. Cette règle vise à respecter le principe général de paiement selon lequel des services distincts fournis à des moments distincts (sauf si une autre règle d'évaluation l'interdit) sont tous les deux payables.

**Cahier des tarifs
de la Société médicale du Nouveau-Brunswick
le 1^{er} avril 2004**

Table des matières

Renseignements généraux de participation	1/1
Renseignements généraux – Unité de vérification	1/12
Règles d'évaluation	2/1
Préambule général	3/2
Légende	3/13
Sujets visant tous les praticiens	4/1
Médecine générale.....	5/1
Spécialistes en anesthésie.....	5/6
Spécialistes en chirurgie cardiaque	5/11
Spécialistes en dermatologie	5/12
Spécialistes en chirurgie générale	5/13
Spécialistes en médecine interne.....	5/16
Spécialistes en neurologie	5/18
Spécialistes en neurochirurgie	5/21
Spécialistes en obstétrique et en gynécologie.....	5/23
Spécialistes en ophtalmologie	5/25
Spécialistes en chirurgie orthopédique.....	5/29
Spécialistes en oto-laryngologie.....	5/31
Spécialistes en pédiatrie	5/34
Spécialistes en anatomo-pathologie	5/37
Spécialistes en psychiatrie.....	5/38
Spécialistes en chirurgie plastique.....	5/40
Spécialistes en psychiatrie.....	5/42
Spécialistes en pneumologie.....	5/44
Spécialistes en rhumatologie	5/45
Spécialistes en urologie	5/46
Actes chirurgicaux.....	6/1
Préambule	6/1
Système tégumentaire	7/1
Appareil musculosquelettique.....	8/1
Système respiratoire.....	9/1
Appareil cardio-vasculaire	10/1
Système hématopoïétique et lymphatique.....	11/1
Système digestif.....	12/1
Système endocrinien	13/1
Actes de chirurgie urologique.....	14/1
Organes reproducteurs chez l'homme.....	15/1
Organes reproducteurs chez la femme.....	16/1
Actes de neurochirurgie	17/1
Opérations de l'oeil.....	18/1
Opérations de l'oreille.....	19/1
Actes de chirurgie plastique.....	20/1
Actes diagnostiques et thérapeutiques	21/1
Actes cliniques associés aux visualisations diagnostiques	22/1
Spécialistes en radiologie diagnostique.....	23/1
Spécialistes en radiologie thérapeutique et en médecine nucléaire	24/1

Préambule général

1. Le Cahier des tarifs présente une moyenne de tarifs visant à guider les membres de la profession lors de la facturation des services dispensés. Les tarifs prévus s'appliquent aux services professionnels et ne comprennent pas le coût des médicaments, substances injectées ou appareils.

Le présent barème est fondamentalement « à inscription unique ». La plupart des actes apparaissent une seule fois, sauf dans certains cas déterminés. Les visites et les consultations font l'objet d'inscriptions multiples dans les divers domaines de pratique.

2. Principes de facturation

La « prestation de services » en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, se limite aux services exigés pour des raisons médicales et justifiés par le diagnostic et le traitement d'un patient et qui ne sont visés par aucune exclusion en regard de la *Loi* ou des règlements.

Tous les services assurés qui figurent dans le Cahier des tarifs de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, exception faite des services expressément exclus, doivent comprendre une consultation directe du patient auprès du médecin, un examen physique judicieux dans la mesure où la situation le dicte, ainsi qu'un suivi continu de l'état du patient au cours de la consultation.

Si l'état d'un patient ne justifie pas une réévaluation directement par le médecin aux fins du renouvellement d'une ordonnance, de l'aiguillage vers un spécialiste, de la communication de résultats de tests, le médecin ne peut présenter de demande de paiement pour ces services à l'Assurance-maladie, peu importe que le médecin décide ou non de voir directement le patient ou de lui parler au téléphone.

Un médecin ne peut présenter de demande de paiement à l'Assurance-maladie pour un rendez-vous manqué.

Il s'ensuit que la mention d'un service ou d'un acte médical dans le Cahier des tarifs de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick n'en fait pas nécessairement un service assuré en tout temps par l'Assurance-maladie.

Note de l'Assurance-maladie : Un médecin participant au régime d'assurance-maladie qui opte pour la non-participation relativement au traitement d'un patient donné est tenu d'en informer le patient, tel qu'il est indiqué à la page 1/2.

Tout médecin qui prend part au traitement d'un patient a droit à une rémunération proportionnelle aux services qu'il dispense au patient.

Préambule général (suite)

Le médecin traitant ou le chirurgien doivent, dans la mesure du possible, mettre le patient ou la personne financièrement responsable au courant de l'obligation contractée dans son cas, plus particulièrement dans le cas des consultations, soins de soutien ou soins de supervision.

Tout médecin qui prend part au traitement d'un patient doit remettre directement au patient ou à la personne financièrement responsable un relevé des frais, en y indiquant de préférence le service ou l'acte suivi du tarif prévu dans le cahier. Il doit le faire au moment où le service est dispensé ou à intervalles réguliers. Si des écarts de tarifs sont souhaitables, il doit en ajouter l'explication; (p.ex. réduction en considération de circonstances spéciales).

Les factures provenant d'un groupe de médecins associés ou d'un centre médical doivent préciser le tarif des services dispensés par chaque membre du groupe.

Un patient a le droit de recevoir un reçu personnel pour toute somme qu'il débourse.

3. Conditions et définitions

(1) *Spécialiste*

Aux fins de l'application de tout service mentionné dans le présent cahier, le terme spécialiste désigne toute personne dont le nom figure au répertoire des spécialistes publié par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick dans la spécialité qui comprend le service en question.

Les tarifs indiqués sous la rubrique « Spécialistes en ... » ne s'appliquent qu'aux services dispensés par un spécialiste dans son champ d'activité.

(2) Visite comprend les services qu'un médecin dispense à un patient à domicile, au cabinet ou à l'hôpital, à des fins de diagnostic et/ou de traitement.

Le tarif de visite s'applique aux services suivants :

- Hyposensibilisation - infection et évaluation initiales;
- Extraction de corps étranger de l'oeil;
- Otoscopie et/ou enlèvement de cérumen;
- Cathétérisme de la vessie;
- Examen proctoscopique;
- Test de Papanicolaou - test subséquent;
- Test postcoïtal;
- Ablation simple d'ongle de doigt ou d'orteil;
- Insertion de sonde nasogastrique;
- Certaines fournitures et matériels (voir la page 1/11);
- Massage prostatique;
- Insufflation vaginale.

Préambule général (suite)

- a) Visite au cabinet - services dispensés au cabinet du médecin (à l'exclusion des actes spéciaux, consultations, etc.).
- (i) Première - lors d'une nouvelle maladie ou d'une maladie prolongée pour laquelle le médecin n'a pas dispensé de service au cours des 30 jours précédents.
 - (ii) Subséquente - services continus, sauf (i).
 - (iii) Pour simple injection ou acte - visites à cette seule fin.
- b) Visite à l'hôpital - services dispensés à un patient officiellement admis à l'hôpital pour diagnostic et/ou traitement.
- (i) Première visite - évaluation majeure le jour de l'admission. Une visite au cabinet le même jour peut être payée par considération spéciale si une demande à cet effet indique l'urgence de l'admission à l'hôpital.
-  **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif pour une première visite à l'hôpital pour chaque spécialité sous-entend et comprend les antécédents médicaux et l'examen aux fins de l'admission.**
- (ii) Visites subséquentes - des tarifs de soins à la journée s'appliquent généralement.
 - (iii) Visites aux services externes et d'urgence applicables aux soins dispensés dans les services externes.
- c) Visite à domicile - services dispensés à un patient à domicile. Patient additionnel désigne un autre membre de la même famille ou toute autre personne habitant dans la même maison et qui fait l'objet d'un examen et d'une ordonnance lors d'une visite à domicile.
- d) Visite d'urgence - situation où les besoins du patient et/ou l'interprétation de l'affection par le médecin exigent une intervention immédiate en sacrifiant des heures normales de bureau ou une pratique médicale ordinaire. Le besoin d'une intervention immédiate est le critère principal à envisager. Le traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité du médecin n'est pas considéré comme réputé une visite d'urgence. Les visites urgentes pour affections aiguës ou chroniques qui n'empêchent pas une pratique médicale ordinaire ne constituent pas des visites d'urgence. **Les visites d'urgence peuvent comprendre tout code de visite pour des services rendus en cas d'urgence au cabinet, à domicile, au foyer de soins, l'extramural ou à l'hôpital, - ainsi que les appels d'urgence où l'on voit le patient à l'extérieur, par exemple dans la rue. Toutes factures pour visites d'urgence doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.**
- e) Visite en USI et services dispensés à un patient officiellement admis dans l'unité pour diagnostic et/ou traitement.
- (i) Le tarif d'évaluation initiale est payable une fois par séance, sauf lorsque l'anesthésiste facture des soins respiratoires. Voir la note de l'Assurance-maladie à la page 4/7.

Préambule général (suite)

(3) Examens

- a) L'examen complet comprend les antécédents complets, un examen physique complet et, dans certains cas, l'examen détaillé d'un ou plusieurs systèmes ou parties. Les épreuves en laboratoire ordinaires, notamment l'analyse d'urine et la teneur en hémoglobine, une ponction veineuse au besoin, la consignation des constatations au dossier et les conseils donnés au patient font partie de l'examen.

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir les règles d'évaluation 7 et 12.**

- b) L'examen spécifique comprend les antécédents complets des symptômes qui motivent la consultation, ainsi que l'examen détaillé de la partie, de la région ou du système en cause requis pour formuler un diagnostic, exclure une maladie et/ou évaluer une fonction chez un patient examiné auparavant par le médecin référant; il comprend les renseignements radiologiques et résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux qui sont jugés essentiels à une évaluation régionale ou spécifique.
- c) Les visites prévues dans les services externes des hôpitaux pour des cliniques doivent être facturées selon les codes et les honoraires applicables aux services externes.

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures d'examen spécifique ne sont admises qu'une fois par période de 90 jours pour un même patient. En outre, de telles factures ne sont pas admises si la visite a eu lieu moins de 90 jours après une première visite comportant un examen complet. (Voir la règle d'évaluation 9)**

- d) Dans le cas d'une première visite ou de visites subséquentes n'exigeant pas d'examen complet ou spécifique, la visite comprend l'examen requis de la partie, de la région ou du système en cause, la consignation des constatations au dossier, le diagnostic et la recommandation du traitement.
- e) L'examen de santé (pour assurance, embauche, inscription scolaire, examen périodique, etc.) désigne l'examen de personnes de tout âge qui manifestent ou non des signes ou symptômes de maladie ou infirmité. Le tarif exigé dépend de l'évaluation. Les examens qui s'ajoutent à (3)a) ou (3)b) peuvent justifier une hausse de tarif.
- f) *Pour les besoins de la facturation, une visite n'est pas considérée comme appropriée lorsqu'elle est facturée en rapport avec un service non assuré, à moins que l'examen/enquête soit nécessaire afin de faciliter le choix du traitement approprié.

 **Note de l'Assurance-maladie : Les examens de santé en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie. (Voir la règle d'évaluation 1). Les examens de santé ordinaires à titre d'examen périodique ne sont pas des services assurés.**

(4) Consultations

Une consultation désigne la situation où le médecin, à la lumière de sa connaissance professionnelle du patient ou lorsque le patient ou une personne agissant au nom du patient lui a récemment demandé de le faire, demande expressément l'opinion d'un autre médecin

Préambule général (suite)

ayant compétence en ce domaine, en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas. Le consultant doit effectuer une évaluation du patient ainsi qu'un examen des résultats de laboratoire et autres renseignements, et de communiquer par écrit ses opinions et recommandations au médecin référant.

Une consultation ne doit pas être réclamée comme telle quand :

- (i) Le patient se présente lui-même au cabinet du consultant sans que le médecin principal en soit préalablement avisé. L'envoi d'un rapport au médecin principal en pareilles circonstances ne justifie pas une consultation.
- (ii) Le médecin principal n'a pas été invité à donner un avis professionnel, mais le patient lui a simplement demandé le nom d'un spécialiste dans un domaine particulier et le patient a lui-même cherché et trouvé le spécialiste.
- (iii) La facturation porte sur un service non assuré, à moins que l'examen/enquête soit nécessaire afin de faciliter le choix du traitement approprié.

 ***Note de l'Assurance-maladie : Un collègue en fonction de remplacement est réputé être le même médecin aux fins de la facturation. Le fait de demander à un médecin de remplacement de dispenser des soins généraux à un patient pendant l'absence d'un médecin ne constitue pas une consultation aux fins du paiement. Cependant, en cas de nécessité médicale, si l'intervention du second médecin est entièrement sans rapport avec l'absence du médecin référant, la facturation d'une consultation peut être appropriée.***

- a) Une consultation majeure comprend les antécédents complets, ainsi qu'une étude et un examen de tous les systèmes ou parties pertinents à la spécialité, et peut, comprendre en outre l'examen détaillé d'un ou plusieurs systèmes ou parties chez un patient examiné auparavant par le médecin référant; elle comprend une revue des renseignements radiologiques et des résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux jugés essentiels à une évaluation complète. Le consultant doit communiquer son opinion et ses recommandations par écrit au médecin référant.
- b) Une consultation spécifique comprend les antécédents complets des symptômes qui motivent le recours au médecin, ainsi que l'examen détaillé de la partie, de la région ou du système en cause requis pour formuler un diagnostic, exclure une maladie et/ou évaluer une fonction chez un patient examiné auparavant par le médecin référant; elle comprend une étude des renseignements radiologiques et des résultats de laboratoire pertinents, ainsi que les examens spéciaux jugés essentiels à une évaluation régionale ou spécifique. Le consultant doit communiquer son opinion et ses recommandations par écrit au médecin référant.
- c) Une consultation subséquente est une consultation effectuée par le même médecin, dans les trente jours d'une consultation antérieure, pour une affection semblable ou connexe, à la suite d'une nouvelle demande de la part du médecin référant.

 ***Note de l'Assurance-maladie : Aucun paiement de consultation ne sera fait par l'Assurance-maladie à moins que le relevé des soins médicaux du patient***

Préambule général (suite)

n'indique un service antérieur dispensé par le médecin figurant comme médecin référant dans la facture du consultant. À défaut de ce service antérieur de la part du médecin référant, la facture sera acquittée à titre de visite au cabinet applicable à un patient non référé. (Voir la règle d'évaluation 11). Voir la note au paragraphe (8), page 3/8.

(5) Soins obstétricaux

Les tarifs obstétricaux sont censés couvrir le traitement d'un cas ordinaire et englobent les complications obstétricales moins importantes.

Les soins obstétricaux sont payés à la visite, en plus de l'accouchement, de la façon indiquée dans le Cahier des tarifs.

(6) Services de pédiatrie

Aux fins du présent Cahier des tarifs, voici la définition des catégories d'âge :

- a) Les soins du nouveau-né désignent les soins ordinaires d'un bébé normal pendant les dix premiers jours, y compris l'examen complet et les conseils nécessaires aux parents.
- b) Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 5½ livres (2,5 kg) ou moins à la naissance.
- c) Les soins du bébé normal désignent les visites périodiques au cabinet d'un bébé normal, (code 19 et 89) jusqu'à l'âge d'un an, pour la surveillance courante de la croissance et du développement, ainsi que les instructions aux parents.

(7) Services chirurgicaux

Sauf indication contraire dans le Cahier des tarifs, le tarif de l'intervention chirurgicale englobe ce qui suit :

- Examens et visites préopératoires normaux, quand le patient subit dans les 30 jours une opération pratiquée par le même chirurgien.
- Examen et préparation du patient.
- Tous les soins postopératoires pendant la période postopératoire normale. (30 jours)

Dans les cas très complexes nécessitant des soins pré ou postopératoires prolongés, des frais additionnels peuvent être facturés, à la discrétion du chirurgien.

Lorsqu'un acte est considéré comme « acte isolé », le tarif de l'acte peut être facturé en plus des tarifs des visites, consultations, etc. pré et postopératoires.

Préambule général (suite)

Lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée lors d'une visite à domicile, le tarif de la visite à domicile peut être facturé en plus du tarif de l'acte.

- Note de l'Assurance-maladie :** *Tous les services médicaux (y compris les soins à domicile, au cabinet et à l'hôpital) que le chirurgien dispense au cours de la période postopératoire normale sont compris dans le tarif chirurgical. (Voir la règle d'évaluation 27). Pour toute intervention chirurgicale, la période postopératoire normale est de 30 jours. (Voir la règle d'évaluation 28)*

(8) Patients référés et transférés

Le patient référé est un patient référé à un spécialiste pour consultation et renvoyé au médecin référant pour soins continus.

- Note de l'Assurance-maladie :** *L'Assurance-maladie exige que le médecin consultant inscrive sur la formule de facturation le nom et le numéro du médecin référant. Les consultations effectuées moins de 6 mois après la date où le patient est référé sont réputées valables.*

Le patient transféré est un patient transféré des soins d'un médecin à un autre pour évaluation et soins continus.

- Note de l'Assurance-maladie :** *Quand un patient est transféré des soins d'un médecin à un autre de la même spécialité pour commodité du médecin (remplacement pendant les vacances, rotations, etc.), la période des soins aux fins de paiement est réputée être ininterrompue.*

- a) Pour les services dispensés avant le transfert du patient, le médecin référant peut facturer des tarifs à l'acte, par exemple :
 - (i) Visites effectuées à domicile, au cabinet ou à l'hôpital;
 - (ii) En plus de (i) ci-dessus, dans les cas aigus où il est retenu au chevet du patient, le médecin peut facturer le tarif prévu dans le cahier pour la surveillance exclusive.
- b) Pour les services dispensés à titre d'assistant pendant une opération, le médecin référant peut facturer le tarif d'assistant (voir page 4/5).

Dans les cas où le médecin référant doit être présent dans l'intérêt du patient sans participer effectivement à l'intervention chirurgicale, il peut facturer ce service à titre de visite.

- c) Pour les services dispensés après une opération, le médecin référant peut facturer les soins de soutien et/ou les soins de convalescence aux tarifs prévus dans le cahier (voir page 4/6).

- Note de l'Assurance-maladie :** *Le paiement des soins de soutien n'est fait que sur preuve de nécessité médicale.*

Préambule général (suite)

(9) Services anesthésiques

Voir le préambule de la section des services anesthésiques.

(10) *Considération spéciale

Les actes inusités ou les affections qui varient considérablement quant au temps, à l'expertise et à la responsabilité en cause peuvent être évalués en bénéficiant d'une considération spéciale.

Le ou les médecins traitants devraient évaluer leurs tarifs par rapport à des articles comparables du Cahier des tarifs (voir l'encart entre les pages 4/10 et 4/11).

Les tarifs prévus dans le *Manuel des médecins* sont les tarifs maximaux ordinaires sur lesquels les paiements de l'Assurance-maladie sont fondés. Dans les cas où des circonstances exceptionnelles justifient des honoraires supérieurs à ceux normalement payables selon le Cahier des tarifs, les médecins devront soumettre une facture pour « considération spéciale » et :

- soumettre leur facture en indiquant le code approprié;
- demander une considération spéciale et soumettre le tarif demandé;
- fournir les documents à l'appui.

*Nouveaux services

Un nouveau service est défini comme une technologie, un service ou un programme précis qui est totalement nouveau dans la province et qui n'est pas un remplacement d'une technologie, d'un service ou d'un programme existant.

Dans les cas où le médecin a l'intention d'offrir un nouveau service ou a offert un nouveau service, il doit procéder tel qu'indiqué ci-après.

Pour les nouveaux services qui répondent à la définition susmentionnée, une soumission doit être faite auprès de la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin que l'article soit examiné par le Comité des nouveaux services.

Le médecin soumettra une facture à l'Assurance-maladie pour les nouveaux actes en attendant que le Comité des nouveaux services ait examiné l'acte en question. Des honoraires provisoires seront accordés pour une période de six mois. Si aucune soumission n'est soumise au comité de la période d'attente, les honoraires cesseront à la fin de la période de six mois. Aucuns frais ne seront facturés au patient jusqu'à ce que le Comité des nouveaux services ait déterminé que le service ne sera pas approuvé. Il sera possible de soumettre une demande de prolongation de la période de six mois pour les factures soumises dont le service n'a pas fini d'être examiné, à condition que le ministère de la Santé et du Mieux-être et la Société médicale y consentent.

Préambule général (suite)

Les tarifs prévus dans le *Manuel des médecins* sont les tarifs maximaux ordinaires sur lesquels les paiements de l'Assurance-maladie sont fondés. Les médecins soumettant une réclamation pour un nouveau service devront :

- soumettre leur facture en indiquant le code 888;
- demander une considération spéciale;
- fournir les documents à l'appui et un tarif comparable accompagné du code correspondant ;
- soumettre au Comité des nouveaux services un formulaire sur le nouveau service.

(11) Tarifs de surveillance exclusive

Le médecin peut facturer le tarif de surveillance exclusive quand il doit consacrer une période de temps inhabituelle au soin immédiat du patient (à l'exclusion de tout autre travail). **(Voir les pages 4/4-5)**

(12) Services de laboratoire

- a) Les actes en laboratoire sont fournis aux patients hospitalisés dans le cadre du programme des soins hospitaliers.
- b) Patients externes: La plupart des actes en laboratoire sont accessibles aux médecins en référant leurs patients ou leurs échantillons à un hôpital ou aux services externes d'un hôpital, et entrent dans la catégorie des Services externes de laboratoire.

On peut obtenir du Service provincial de laboratoire une liste des actes en laboratoire disponibles, ainsi que leur coût habituel.

- c) Services de laboratoire effectués par un médecin donné ou sous sa surveillance - voir Actes diagnostiques et thérapeutiques et diverses sections du présent cahier.

4. Tarifs contestés

La Société médicale du Nouveau-Brunswick forme les comités compétents qui sont à consulter lors des contestations de tarifs. Ces questions peuvent être présentées par le médecin, le patient ou un organisme payeur en s'adressant au secrétaire de la Société.

5. Révision du Cahier

La Société médicale du Nouveau-Brunswick maintient un comité permanent sur les tarifs, qui a pour rôle d'établir un rapport entre les tarifs et la pratique courante de la médecine. Les membres de la Société qui constatent des erreurs dans le présent cahier ou désirent formuler des recommandations au sujet de nouveaux actes doivent transmettre leurs observations au secrétaire général de la Société. Des modifications au Cahier des tarifs peuvent être publiées de temps à autre.

Préambule général (suite)

Valeurs unitaires

Spécialité	Non-certifié spécialité	Valeur unitaire	Date
Anesthésie			
Unité générale (I et Z)	1.24*	1.24*	01/04/04
Unité d'anesthésie (I et Z)	14.04*	14.04*	01/04/04
Chirurgie cardiaque et thoracique		1.05	04/04/01
Chirurgie générale	1.15*	1.15*	01/04/04
Dermatologie	1.36*	1.36*	01/04/04
Radiologie diagnostique	0.96 (75% certifié tarif)	1.28	01/04/01
Médecine générale		1.32*	01/04/04
Médecine interne	1.05	1.05	01/04/03
Médical oncologie	1.05		01/04/01
Neurologie	1.33*	1.33*	01/04/04
Neurochirurgie	1.33	1.33	01/04/03
Médecine nucléaire	0.99* (75% certifié tarif)	1.32*	01/04/04
Obstétrique et gynécologie	1.21*	1.21*	01/04/04
Ophthalmologie	1.12	1.12	01/04/03
Chirurgie orthopédique	1.14*	1.14*	01/04/04
Oto-laryngologie	1.05	1.00	01/04/03
Pédiatrie	1.21*	1.21*	01/04/04
Physiatrie	1.38*	1.38*	01/04/04
Chirurgie plastique	1.28*	1.28*	01/04/04
Psychiatrie	1.08*	1.08*	01/04/04
Radiologie oncologie	0.99	0.99	01/04/01
Pneumologie	1.29*	1.29*	01/04/04
Rhumatologie	1.10	1.10	01/04/03
Urologie	1.16	1.16	01/04/01

*NOTA : Dupuis le 1^{er} avril 2004, la valeur unitaire normalisée pour les tarifs d'assistance chirurgicale (applicable à toutes les assistances) est de 1,32\$. À l'avenir, la valeur reflétera les augmentations de la valeur unitaire associée à la médecine générale dans le Cahier des tarifs. À l'avenir, la modification de la valeur unitaire accordée aux spécialistes non certifiés respectera la valeur unitaire certifiée des spécialistes. Les spécialistes non certifiés qui reçoivent une valeur unitaire supérieure à la valeur unitaire certifiée continueront à recevoir ce tarif supérieur jusqu'à ce que les deux tarifs soient égaux. Ceci ne s'applique pas à la Radiologie – les valeurs unitaires non certifiées correspondent à 75 % du tarif des valeurs unitaires certifiées.

Préambule général (suite)**Tarifs pour vacation**

Spécialité	Tarifs	En vigueur le
Anesthésie	103.00*	01/04/04
Chirurgie cardiaque	103.00*	01/04/04
Dermatologie	103.00	01/04/04
Chirurgie générale	103.00*	01/04/04
Médecine d'urgence	128.00*	01/04/04
Médecine générale - ER	128.00*	01/04/04
Autre (cliniques, etc)	103.00*	01/04/04
Foyers de soins	103.00*	01/04/04
Médecine interne	103.00*	01/04/04
Neurologie	103.00*	01/04/04
Neurochirurgie	104.33	01/04/01
Obstétrique et gynécologie	103.00*	01/04/04
Ophthalmologie	103.00*	01/04/04
Orthopédie	103.00*	01/04/04
Oto-laryngologie	103.00*	01/04/04
Pédiatrie	103.00*	01/04/04
Physiatrie	105.30	01/04/01
Chirurgie plastique	103.00*	01/04/04
Psychiatrie	103.00*	01/04/04
Radiologie	S/O	S/O
Pneumologie	103.00*	01/04/04
Rhumatologie	103.00*	01/04/04
Urologie	103.00*	01/04/04
Soins intensifs offerts dans les unités fermées		
De soins intensifs pour adultes	125.00/hr pendant le jour	01/04/03
- Spécialist	400.00 – en dehors des heures normales de travail (Soirs, nuits, fins de semaine, jours fériés)	
- Médecine générale	90.00/hr – (Soirs, nuits, fins de semaine, jours fériés)	

Pour les non-spécialistes, le tarif est le même que les taux pour omnipraticiens (médecine générale).

Préambule général (suite)**Légende**

Les actes codés dans le Manuel du médecin portent une lettre-code (A, B, C ou D) sous l'en-tête « Liste ». Voici la signification de ces lettres-codes :

- « A » Cette lettre désigne un acte de la liste A. Ces actes sont payables en plus des tarifs de visites ou de consultations le même jour, mais pas le jour où des actes chirurgicaux sont effectués par le même médecin. Ces actes sont payables à 75 % avec d'autres actes des listes A ou B le même jour.
- « B » Cette lettre désigne un acte de la liste B. Ces actes sont payables en plus des tarifs de visites ou de consultations le même jour, ou d'actes chirurgicaux dont ils ne font pas normalement partie. S'ils sont suivis d'une chirurgie par le même médecin le même jour, ils sont payés à 75 % du tarif normal.
- « C » *Cette lettre désigne des actes qui ne sont pas payables le même jour que des tarifs de visites ou de consultations. Toutefois, les soins pré et postopératoires sont payables en supplément. Les exceptions à cette règle sont : les actes spéciaux en ophtalmologie et audiométrie ainsi que le tarif de plateau.
- « D » Cette lettre désigne des actes chirurgicaux dont le tarif englobe des soins pré et post opératoires.

Abréviations

- UB - Unités de base
- CS – Considération spéciale
- UD – Unités de durée
- TV – Tarif de visite
- +/- - avec ou sans

Sujets visant tous les praticiens

A. Services non assurés

1. **Déplacement** - le cas échéant, 2 \$ le mille, dans un sens.

 *Note de l'Assurance-maladie : Le déplacement n'est pas un service assuré, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs. (Voir la règle d'évaluation 4)*

2. **Appels téléphoniques** - nécessitant conseil et/ou ordonnance (selon la complexité).

 *Note de l'Assurance-maladie : La consultation par téléphone n'est pas un service assuré, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs. (Voir la règle d'évaluation 5)*

3. **Rédaction de certificats** - décès (pour assurance)

Invalidité

Santé

Rapport d'assurance (basé sur un examen antérieur)

Maladie mentale ou alcoolisme

Examens de santé avec formules à remplir

 *Note de l'Assurance-maladie : Les services ci-dessus relatifs à la rédaction de certificats ne sont pas des services assurés. (Voir la règle d'évaluation 3)*

4. **Honoraires de témoin expert**

 *Note de l'Assurance-maladie : Les services dispensés à titre de témoin expert ne sont pas des services assurés. (Voir la règle d'évaluation 2)*

5. Médecine industrielle et de santé publique ou autres services à la demande d'un organisme public.

 *Note de l'Assurance-maladie : En calculant les tarifs à percevoir pour des services non assurés comportant l'inscription CS (considération spéciale), le médecin doit considérer les revenus qu'il aurait obtenus dans le même laps de temps en examinant des patients à titre de services assurés.*

 *Note de l'Assurance-maladie : Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés. (Voir la règle d'évaluation 1)*

6. Prélèvements de sang pour alcoolémie et documentation à la demande du Ministère de la Justice.

a) Tarifs de visite et d'examen

Patient blessé : facturer d'après les codes et tarifs appropriés d'Assurance-maladie.

Patient non blessé : sans tenir compte de l'heure du jour, de la fin de semaine ou des jours fériés.

Sujets visant tous les praticiens (suite)

	liste	code	unités
- médecin se trouvant déjà à l'hôpital		2959	21
- médecin appelé à l'hôpital		2960	52

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Les tarifs de visite et d'examen ne sont pas payables quand le médecin rendant le service est déjà rémunéré par vacations ou à salaire.*

b) **Prélèvements de sang et documentation**

Prélèvements de sang et rédaction des documents pertinents.....	B	2961	28
---	---	------	----

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Ce tarif est payable en plus des tarifs de visite et d'examen et des actes chirurgicaux qui peuvent être fournis au même patient le même jour.*

c) **Surveillance exclusive**

Retards entraînant la présence obligatoire d'un médecin au-delà d'une demi-heure, sans rapport avec le soin du patient, par 15 minutes		2962	13
--	--	------	----

 **Note de l'Assurance-maladie :** *La prime d'urgence après-heures ne s'appliquera pas à ce service.*

 **Note de l'Assurance-maladie :** *L'Assurance-maladie obtient du Ministère de la Justice le recouvrement des paiements applicables aux services ci-dessus.*

B **Services divers**

1. Foyers de soins - examen complet avant l'admission.....		2000	30
Premier patient vu pendant la visite		2001	25
Visite d'urgence, de nuit et en fin de semaine premier patient.....		1752	50
Patient additionnel.....		9	14

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Le paiement ne sera versé que dans le cas de visites pour lesquelles le médecin est appelé spécialement au foyer de soins. Les visites régulières générales relatives aux soins de garde ne sont pas payées à ce titre. (Voir la règle d'évaluation 45). Les factures pour visites d'urgence (voir la définition à la page 3/4) doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.*

2. **Visites d'urgence**

Cette rubrique vise les véritables visites d'urgence, définies à la page 3/4, effectuées soit à l'hôpital (aux patients hospitalisés seulement), soit au cabinet ou à des endroits divers tels que la scène d'un accident. Elle ne vise pas les visites à domicile, aux foyers de soins ni aux services externes ou d'urgence : ces catégories sont mentionnées ailleurs dans le texte.

Le 01 novembre 2002

À TOUS LES MÉDECINS

JOURS FÉRIÉS

Veillez prendre note que les jours fériés pour les médecins sont les suivants:

- a) Jour de l'An;
- b) Vendredi saint;
- c) Lundi de Pâques;
- d) Fête de la Reine;
- e) Fête du Canada;
- f) Fête du Nouveau-Brunswick;
- g) Fête du Travail;
- h) Action de grâces;
- i) Jour du Souvenir;
- j) Jour de Noël;
- k) Lendemain de Noël.

Sujets visant tous les praticiens (suite)

liste code unités

Ces tarifs ne s'appliquent pas, par exemple, aux soins après-heures préalablement prévus, ni lorsque des patients doivent être vus de façon urgente au cabinet pendant les heures de bureau ou à l'hôpital pendant la tournée des patients.

« De jour » s'applique aux soins dispensés les jours ouvrables entre 8 h et 18 h.

« De nuit » s'applique aux soins dispensés sur semaine entre 18 h et 8 h.

« En fin de semaine » s'applique aux soins dispensés les samedis, dimanches et jours fériés.

 Note de l'Assurance-maladie : Les jours fériés (voir l'encart)

Visite d'urgence de jour.....	2855	21
Patient additionnel – au cabinet	2858	21
– ailleurs	2859	14
De nuit et en fin de semaine.....	2856	47
Patient additionnel	2861	22

 Note de l'Assurance-maladie : Les factures pour des visites d'urgence (voir la définition à la page 3/4) doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.**3. Visites aux services externes et d'urgence**

« De jour », « de nuit », et « en fin de semaine » : voir ci-dessus. « Premier patient » désigne la première personne soignée lorsque le médecin a fait une visite spéciale à l'hôpital. Ces codes ne s'appliquent pas quand un médecin se déplace d'un autre endroit dans l'hôpital; ils ne s'appliquent pas non plus au premier patient examiné par un médecin qui assure un service prévu sur place. S'applique aussi à une visite faite « sur appel » dans une chambre d'un établissement de soins de santé. « Patient additionnel » désigne toute personne soignée dans les services après le premier patient défini ci-dessus. « Cabinet sur place » signifie que le médecin maintient un cabinet dans l'hôpital ou dans un édifice annexé.

limiter l'utilisation du code 2854 à une fois par heure.

Tous les rendez-vous et les cliniques aux services externes doivent être facturés selon le code 2021.

Soins de jour		
Premier patient (visite faite sur appel)	2020	22
Premier patient - visite spéciale provenant du cabinet sur place.....	2925	18
Patient additionnel	2021	18*
Soins de nuit et en fin de semaine		
Premier patient soigné (par un médecin qui n'assure pas le service prévu sur place) dans un hôpital où l'on assure un service sur place	2831	34
Premier patient soigné dans un hôpital sans service sur place.....	2854	86
– médecin se déplaçant de son cabinet sur place	2926	34

Sujets visant tous les praticiens (suite)

	liste	code	unités
Patient additionnel, tout hôpital.....		2832	23*

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Quand l'exécution d'un acte des listes A ou B est le seul objet de la présence aux services externes ou d'urgence, seul le tarif de l'acte est payable. De plus, si un tarif de visite ou de consultation a été versé pendant les 30 jours précédents, aucun autre tarif de visite ou de consultation ne peut être facturé à la date d'exécution d'un acte des listes A ou B, sauf en situation d'urgence où l'on doit demander une considération spéciale. (Voir la règle d'évaluation 13). Les factures sous des codes de visites aux services externes et d'urgence doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.*

Services d'urgence dans des établissements non régionaux

Les médecins qui dispensent des services d'urgence dans les établissements non régionaux approuvés peuvent toucher une somme de 400 \$ pour chaque quart, de minuit à 8 h. En outre, les médecins peuvent facturer les services qu'ils ont dispensés pendant cette période. Seulement un médecin par établissement par nuit peut recevoir la somme de 400 \$. Les médecins doivent être présents dans l'établissement ou résider à quinze minutes de celui-ci.

Les médecins qui peuvent bénéficier de la prime de 400 \$ peuvent accepter un taux horaire de 100 \$ l'heure pour le quart de 18 h à minuit, sept jours par semaine ou peuvent aussi recevoir ce taux pour le quart de 8 h à 18 h les fins de semaine et jours fériés.

Les médecins doivent être sur les lieux pour recevoir le taux horaire. Le seul service qui peut être facturé en sus du taux horaire est le taux versé pour les accouchements.

4. **Tarifs de surveillance exclusive** (voir la définition au préambule général, page 3/9), par 15 minutes 200 13

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Les factures de surveillance exclusive ne peuvent être approuvées à moins d'être accompagnées de notes explicatives décrivant les circonstances qui ont nécessité la surveillance exclusive. Par définition, la surveillance exclusive peut être facturée dans les seuls cas où le praticien consacre tout son temps au patient à l'exclusion de tout autre travail. Il faut entendre par là que le médecin est occupé au chevet du patient; il ne s'agit pas ici des périodes d'attente, etc. Les factures de surveillance exclusive ne s'appliquent pas jusqu'à ce que le temps indiqué pour une visite appropriée se soit écoulé (par exemple : consultation, examen complet, admission à l'hôpital ou soins intensifs = 1 heure; consultation subséquente, soins de jour à l'hôpital ou soins intensifs et visite au cabinet = ½ heure). Les honoraires de surveillance exclusive ne sont pas payés en plus des procédures.*

Une visite ne peut être facturée dans les cas suivants : vous êtes déjà à l'hôpital et vous êtes appelé pour voir un patient hospitalisé (vous êtes le médecin traitant) de façon urgente ou vous êtes le chirurgien qui a réalisé l'intervention et vous rendez visite au patient dans la période postopératoire. Par contre, une facture pour surveillance exclusive peut s'appliquer si le temps consacré au patient est supérieur à la première demi-heure. Votre

JUSTIFICATION D'UN SECOND ASSISTANT

Le chirurgien doit lui-même inscrire un message dans sa facture, ou dans un document l'accompagnant, pour expliquer le besoin d'un second assistant et ainsi permettre que ce dernier soit rémunéré.

La facturation informatisée permet d'ajouter un message seulement dans le champ du **DIAGNOSTIC**, ou encore dans celui de la **DESCRIPTION DU SERVICE** si votre logiciel vous permet de modifier le texte qui apparaît automatiquement au moment d'inscrire un code de service. Le diagnostic et la description du service devant figurer dans ces champs, une partie seulement des 40 espaces disponibles peut être utilisée pour un autre message.

Pour permettre de consigner dans ces espaces si restreints tous les renseignements requis, et de ne pas utiliser une facture-papier, l'emploi d'un code spécial "EEE" est proposé, que vous suivrez d'un bref énoncé du besoin du second assistant. A titre d'exemple, si le deuxième assistant est requis en raison d'une grosse tumeur chez un patient très obèse, on peut dire "EEE tumeur vol++", ce qui laisse 14 espaces pour un diagnostic ou une description de service. L'emploi des lettres EEE est tout simplement un moyen d'écrire: "Un second assistant était requis en raison de..." en n'utilisant que 4 caractères, i.e. 3 lettres et un espace.

Sujets visant tous les praticiens (suite)

liste code unités

facture doit indiquer le temps total consacré au patient et expliquer pourquoi une visite n'a pas été facturée.

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Les modalités ci-dessus s'appliquent aux factures de surveillance ordinaire et pour soins intensifs (voir les codes de l'USI dans les sections particulières aux spécialités).*

5. Tarifs d'assistance chirurgicale :

- (a) Le tarif d'assistance chirurgicale est de 33 % (minimum de 25 unités) du tarif prévu pour une première intervention, et 50 % ou 75 % de ce taux (comme pour le chirurgien) pour l'assistance à des actes additionnels au cours de la même séance opératoire.
- (b) Le tarif d'assistance chirurgicale est payable lorsqu'il y a une nécessité médicale pour le recours à un assistant. Dans le cas d'une chirurgie de cataracte, ceci est mentionné plus spécifiquement à l'annexe 2 des règlements.
- (c) Le tarif d'assistance ne s'applique pas dans le cas des interventions chirurgicales ayant un tarif de 77 unités ou moins, sauf dans des circonstances spéciales: on doit alors soumettre une note explicative.
- (d) Le tarif d'assistance n'est pas versé pour les actes diagnostiques endoscopiques, à moins d'une indication dans le cahier.
- (e) L'assistance chirurgicale n'est pas payée à un chirurgien qui reçoit un tarif de chirurgien pour d'autres actes chirurgicaux au cours d'une même séance opératoire.
- (f) *Des dispositions ont été prises pour payer l'assistance chirurgicale dans les cas où des médecins de différentes spécialités s'entraident pendant une même séance de chirurgie. Cela s'applique aux cas où chaque médecin est responsable d'un acte primaire pendant la même séance de chirurgie. Lorsqu'il y a lieu, cela permettra d'éviter qu'on demande l'assistance d'un troisième médecin.

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Si l'on doit avoir recours à plus d'un assistant, la nécessité médicale doit être expliquée sur la facture du chirurgien ou sur un document annexé.*

- | | rôle |
|---|-------------|
| 6. Chirurgiens collaborateurs : Le rôle de chirurgien collaborateur peut être invoqué dans des situations chirurgicales exceptionnellement graves ou complexes où des circonstances cliniques particulières nécessitent d'une prise de décision préopératoire partagée, en plus d'une participation à titre de consultant ou d'assistant-chirurgien. | 6 |

Les tarifs des chirurgiens collaborateurs comprennent la participation de chacun d'eux, au besoin, à l'évaluation et aux soins du patient avant et/ou après l'intervention chirurgicale, dans la mesure où elle serait comprise dans le tarif d'un chirurgien intervenant seul.

7. Soins simultanés

Sujets visant tous les praticiens (suite)

liste code unités

Soins donnés à un patient par plus d'un médecin, lorsque les soins médicaux indiqués exigent les services de plus d'un médecin pour le traitement requis du patient, incluant les **soins de supervision**, les **soins continus** et les **soins de soutien**.

Les **soins de supervision** sont donnés par un spécialiste à la demande du médecin traitant et peuvent comprendre inclure jusqu'à 3 visites par semaine au tarif quotidien approprié des soins à l'hôpital (voir la spécialité spécifique pour les codes).

Les **soins continus** sont donnés par un spécialiste à la demande du médecin traitant lorsque où le patient est transféré au spécialiste.

Les **soins de soutien** sont les soins requis dispensés par le médecin référant en plus des soins dispensés par un médecin consultant lorsqu'un patient est hospitalisé, et peuvent comprendre jusqu'à trois visites par semaine au tarif quotidien approprié des soins à l'hôpital

199

Transfert du patient

Définition :

Un médecin qui prend en charge un patient transféré par un autre médecin peut facturer un code de transfert. Le transfert doit comporter un examen direct du patient par le médecin qui accepte de le prendre en charge. On ne doit pas utiliser le code de transfert si le médecin qui prend en charge le patient a procédé à une consultation importante, l'admission à l'hôpital la première journée ou tout autre examen complet dans les 30 jours précédant la prise en charge. On doit noter que le code de transfert ne correspond pas à une consultation puisqu'il ne nécessite pas d'opinion ou de recommandation au sujet du traitement, mais qu'il constitue plutôt un suivi de traitement confié à un autre médecin. Lorsqu'un médecin prend entièrement en charge le patient pour le reste du séjour, les codes d'hôpital s'appliquent. Tous les codes de transfert doivent fournir le médecin référant; cette référence doit être le médecin qui traitait le patient avant son transfert.

Dans les cas des situations de soins postopératoires, lorsque le chirurgien ne transfère pas le patient, mais demande l'assistance d'un deuxième médecin relativement à un autre diagnostic/affection les soins de soutien/supervision peuvent s'appliquer au deuxième médecin. Lorsque le chirurgien transfère un patient à un deuxième médecin durant la période postopératoire pour un autre diagnostic/affection, le médecin qui prend le patient en charge peut facturer le code de transfert et les codes de soins à l'hôpital.

 **Note de l'Assurance-maladie : Cette définition s'applique aux transferts à l'hôpital et à l'unité des soins intensifs. Consultez les sections réservées aux spécialités pour obtenir les codes et les tarifs précis.**

Quand les services du ou des consultants sont exigés au-delà du stage de la consultation, on doit préciser, autant que possible au moment de la consultation, la manière dont le traitement sera dispensé par le ou les consultants et par le médecin traitant.

Sujets visant tous les praticiens (suite)**liste code unités**

Chaque médecin doit présenter une facture distincte des services qu'il a dispensés, en l'accompagnant d'une note explicative.

Les cas pour lesquels des tarifs particuliers sont prévus pour des actes nécessitant une équipe de médecins ne sont pas considérés comme des soins simultanés.

8. Tarifs pour vacations (voir la page 3/12 pour tarifs)

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Les tarifs de séances convenues au préalable, avec l'approbation de l'Assurance-maladie. La période totale de temps facturée se calcule en additionnant les demi-heures ainsi que l'éventuelle fraction restante.*

9. Unités de soins spéciaux

(1) **Soins intensifs** - les tarifs suivants s'appliquent aux services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues comme telles par le ministère de la Santé et du Mieux-être, notamment les unités de soins intensifs pour nouveau-nés et les unités des grands brûlés, par des médecins ayant une formation et/ou expérience pertinente.

Évaluation initiale et instauration des soins		
Non-spécialistes	21	181*
Spécialistes (sauf en anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie, neurochirurgie et pédiatrie: voir la section de la spécialité appropriée pour les codes de service applicables)	2876	221*
Tarif à la journée pour le médecin traitant		
Non-spécialistes	22	31*
Spécialistes prévus ci-dessus	2877	39*
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive		
Non-spécialistes - par quart d'heure	23	40
Spécialistes prévus ci-dessus - par quart d'heure	2878	50

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Voir la description du service de la surveillance exclusive à la page 4/4.*

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Soins de supervision dans des unités de soins intensifs (maximum : cinq visites par semaine).*

Non-spécialistes	25	18*
Spécialistes (toute spécialité)	198	22*
Pour un patient branché sur un ventilateur, par jour, maximum de 3 jours (payable uniquement en USI au médecin qui surveille les soins de ventilation), en supplément	1798	20*

Sujets visant tous les praticiens (suite)

liste code unités

 *Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de consultation n'est pas payable en plus du tarif d'évaluation initiale. Le tarif d'évaluation initiale ne s'applique pas non plus lorsque le même médecin a donné une consultation majeure au cours des 24 heures qui précèdent. C'est plutôt le code de soins journaliers qui s'appliquerait. Les tarifs des soins intensifs comprennent les actes, sauf indication contraire. Ces tarifs ne s'appliquent pas au chirurgien au cours des 24 heures qui suivent une intervention chirurgicale à moins que l'admission aux soins intensifs n'ait eu lieu avant l'intervention chirurgicale ou que le patient y soit transféré après le retour à sa chambre. Les factures de surveillance exclusive doivent comprendre des notes explicatives appropriées. (Voir la règle d'évaluation 17)*

- (2) **Autres soins spéciaux** - les tarifs suivants s'appliquent aux services dispensés dans des unités reconnues et acceptées par le Ministère de la Santé et du Mieux-être et la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Ces unités sont structurées, dotées de personnel et administrées de façon à fournir un niveau de soins répondant aux besoins de patients qu'il faudrait autrement traiter dans une unité reconnue de soins intensifs ou de soins concentrés.

Évaluation initiale et instauration des soins		
Non-spécialistes	136	81
Spécialistes	137	99
Transfert d'un patient hospitalisé d'un autre service, même médecin		
	138	30
Tarif à la journée pour le médecin traitant		
Non-spécialistes	139	28
Spécialistes	140	35
Soins exigeant une surveillance exclusive		
Non-spécialistes – par quart d'heure	141	13
Spécialistes – par quart d'heure	142	15
Soins de supervision (maximum: trois visites par semaine)		
– non-spécialistes	143	13
– spécialistes	144	16

 *Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de consultation n'est pas payable en plus du tarif d'évaluation initiale. Les tarifs des soins spéciaux comprennent les actes. Ces tarifs ne s'appliquent pas au chirurgien au cours des 24 heures qui suivent une intervention chirurgicale à moins que l'admission aux soins spéciaux n'ait eu lieu avant l'intervention chirurgicale ou que le patient y soit transféré après le retour à sa chambre. Les factures de surveillance exclusive doivent comprendre des notes explicatives appropriées. (Voir la règle d'évaluation 17)*

10. Actes divers

A. Non payables en plus des tarifs de consultation ou de visite :

Anticoagulothérapie prolongée - surveillance, par mois (service par téléphone).....	C	1898	8
Teneur en hémoglobine	C	1886	3

Sujets visant tous les praticiens (suite)

	liste	code	unités
Hyposensibilisation - injections incluant surveillance (sauf injection initiale et évaluation), par visite	C	1894	13*
Injections intradermiques, intramusculaires ou sous-cutanées et injections thérapeutiques (une ou plusieurs injections par visite).....	C	2	13*
Analyse d'urine complète, incluant examen microscopique.	C	1884	3
Ponction veineuse - adulte ou enfant de 4 ans et plus (CS seulement).....	C	2050	5

 **Note de l'Assurance-maladie : Seulement lorsque le médecin est appelé spécifiquement pour exécuter l'acte.**

Injection pour pyélographie intraveineuse (non payable au radiologue faisant l'interprétation)	C	1945	8
B. Payable en plus d'une consultation, tarif de visite ou chirurgie mineure (77 unités ou moins) seulement si exécutée au cabinet.			
Tarif de plateau pour test de Papanicolaou	C	1999	6

11. Nutrition parentérale totale (suralimentation)

Consultation, avec évaluation de l'état de nutrition et du degré métabolisme maximal. L'opinion du consultant relativement au genre de nutrition et au plan proposé de thérapie nutritive doit être communiquée par écrit au médecin référant.....		2475	57
Soins à la journée après le jour où commence la nutrition parentérale – 2 ^e – 30 ^e jour, par jour			
		2478	11
– après 30 jours, par jour.....		2480	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures de suralimentation par voie intraveineuse doivent indiquer la nécessité médicale. La suralimentation et les soins intensifs/soins hospitaliers quotidiens/soins de supervision ne sont pas payables au même praticien pour la même période d'hospitalisation.**

Les tarifs de nutrition parentérale totale est payable pendant la période pré ou post-opératoire au même praticien ou à un autre praticien. Toutefois, ces tarifs ne sont pas payables à un chirurgien le jour de la chirurgie.

12. Prime d'urgence après-heures

Après-heures veut dire de 18 h à 8 h les jours ouvrables et toute la journée les samedis, dimanches et jours fériés et comprend, dans le seul cas des non-spécialistes, l'anesthésie aux dépens d'heures de bureau régulièrement prévues. La prime s'élève à *38% du taux normal de paiement dans le seul cas des services d'urgence suivants, moyennant un minimum de 30 unités générales ou de 3 unités d'anesthésie. La prime d'urgence augmente de *65% pour les services rendus entre minuit et 6 h.

Sujets visant tous les praticiens (suite)**liste code unités**

Les services d'urgence à cette fin s'entendent de services qu'il faut dispenser sans délai en raison de l'affection pathologique du patient. Sont englobées les césariennes non électives.

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après-heures.

La prime s'applique aux services d'urgence suivants :

- a) actes chirurgicaux exécutés sous anesthésie générale, médullaire ou épidurale, ainsi qu'une assistance chirurgicale et anesthésie s'y rattachant;
- b) actes exécutés sous blocage de racines nerveuses majeur;
- c) réduction de luxations de l'épaule (code 502);
- d) anesthésie de jour pratiquée par des non-spécialistes en sacrifiant des heures de bureau régulièrement prévues;
- e) consultations;
- f) admissions d'urgence à l'hôpital;
- g) évaluations initiales aux unités de soins intensifs et de soins concentrés;
- h) traitement initial de traumatisme;
- i) surveillance exclusive après-heures;
- j) cadavre - exérèse d'organe, de tissu ou d'os;
- k) accouchements, y compris dans les cas où le déclenchement électif du travail entraîne un accouchement après-heures.

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures comportant des paiements de primes doivent indiquer à quelle heure de la journée le service a été rendu. Le montant global facturé (tarif plus la prime) devrait figurer sur la même ligne de la facture. Les actes exécutés sous blocage des nerfs majeurs doivent être identifiés comme tels sur la facture.**

Voir l'encart indiquant les valeurs et autres précisions relatives à la facture à titre de considération spéciale.

13. Prime-cancer - voir la page 6/1.**14. Tarifs de visites diverses**

- (1) **Hôpital extra-mural** - les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au programme de l'Hôpital extra-mural :

Visite à domicile - avec admission au programme	204	60
Chez un patient déjà admis au programme	205	50
Visite d'urgence	206	60
Patient additionnel, admis ou non, examiné lors d'une visite à domicile.....	208	15
Visite (autre que visite à domicile) avec admission au programme	209	35
Déplacement dans un sens - par km au-delà des 5 premiers km.....	207	1
Communication électronique amorcée par un membre du personnel	210*	8

TABLEAU: PRÉSENTATION DES FACTURES POUR C.S. PRIME-CANCER ET PRIME D'URGENCE

**VEUILLEZ CONSULTER CE TABLEAU LORSQUE VOUS SOUMETTEZ DES FACTURES
POUR CES SERVICES**

CHIFFRE CORRESPONDANT À LA C.S.	DESCRIPTION	MÉTHODE POUR CALCULER CES HONORAIRES
1	Considération spéciale	Inscrire les honoraires demandés à titre de C.S. dans la case "Honoraires"
2	Prime d'urgence après heures	Honoraires + 38% ou 30U minimum = Total
3	C.S. et prime d'urgence après heures	Honoraires pour C.S. + 38% ou 30U minimum = Total
4	Prime-cancer	Honoraires + 35% (Chirurgien seulement) = Total
5	Prime-cancer et prime d'urgence après heures	Honoraires + 35% + 38% = Total
6	C.S. & prime-cancer	Honoraires pour C.S. + 35% = Total
7	C.S., prime-cancer et prime d'urgence après heures	Honoraires pour C.S. + 35% + 38% = Total
8	Prime d'urgence après heures – minuit – 06:00 h	Honoraires + 65 % ou 30U minimum = Total
9	C.S. et prime d'urgence après heures – minuit – 06:00 h	Honoraires pour C.S. + 65 % ou 30U minimum = Total

Un acte d'anesthésie : Unité de base + temps + 38% ou le minimum de 3 unités d'anesthésie - **IC (2)**
Unité de base + temps + 65% ou le minimum de 3 unités d'anesthésie - **IC (8)**

Lorsqu'une prime après-heures est facturée (y compris les fins de semaines et les jours fériés) l'heure de la journée doit être indiquées.

18:00 h - minuit = IC (2)

minuit - 06:00 h = IC (8)

06:00 h - 08:00 h = IC (2)

minuit – 06:00 h les fins de semaine et les jours fériés = IC (8)

06 :00 h – minuit les fins de semaine et les jours fériés = IC (2)

Les factures réclamant des honoraires à titre de considération spéciale (C.S.) doivent être soumises sur facture papier avec explications ou documentation, en y inscrivant le chiffre 1, 3, 6, 7 et 9 correspondant au service rendu. Lorsqu'il y a plusieurs services, chacune des lignes doivent comprendre la valeur numérique correspondant aux services rendus.

Les factures comportant les numériques de 2, 4, 5 et 8 (C.S.) doivent être soumises par voie électronique.

Sujets visant tous les praticiens (suite)

	liste	code	unités
Visite au cabinet d'un médecin par un membre du personnel de l'Hôpital extra-mural pour discuter de questions de santé concernant un patient de l'extra-mural		195	15
– concernant deux patients ou plus		196	21

Note de l'Assurance-maladie : *Les facturations sous le code 196 sont présentées sur une facture simple pour patients en utilisant le numéro d'assurance-maladie du patient. Les noms et numéros d'assurance-maladie des autres patients faisant l'objet de discussions doivent être fournis dans la section : « Remarques » de la facture. Les codes 195 et 196 sont payables en plus des visites ou des consultations le même jour.*

Note de l'Assurance-maladie : *Les factures pour visites d'urgence (voir la définition à la page 3/4) doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.*

(2) Counseling

- | | | | |
|---|--|-----|----|
| a) Conseils à un patient - par quart d'heure..... | | 193 | 21 |
| Discussion avec un patient sur des questions de santé ayant traités à l'unité familiale, y compris la consultation conjugale ainsi que les conseils en matière de contraception et de maladies transmissibles sexuellement. | | | |

Note de l'Assurance-maladie : *Ce tarif ne peut s'ajouter aux tarifs de consultation ou de visite; il ne s'applique pas non plus aux services de counseling pour un patient en ce qui concerne son propre état de santé. Le temps complet consacré au patient doit être indiqué.*

- | | | | |
|--|--|-----|----|
| b) Counseling familial - par quart d'heure | | 216 | 21 |
| Discussion sur la santé d'un patient avec des membres de la famille dans les cas où cette telle discussion est nécessaire à la prise d'une décision quant au traitement ou à la prise de dispositions en vue de services de soutien. | | | |

Ce code de service s'applique également lorsque le **counseling** d'un membre de la famille s'avère nécessaire dans des situations où la vie du patient est en danger ou en cas de troubles de santé chroniques et graves.

Notes explicatives :

- 1) Le simple fait d'informer d'autres personnes (comme un membre de la famille) de l'état d'un patient ou d'en discuter avec elles, par opposition à la tenue d'une séance de **counseling** proprement dite, est couvert par le tarif habituel, même dans les cas de maladie grave; ces entretiens ne peuvent donc pas être facturés au régime d'assurance-maladie. Toutefois, vous pouvez facturer les autres personnes concernées pour des entrevues répétées ou prolongées.
- 2) A moins d'indications contraires pour certains codes déterminés, le tarif prévu pour soigner des enfants comprend les conversations avec la ou les personnes qui les accompagnent, si l'entrevue, les recommandations, etc., avaient été données aux patients seuls n'eût été de leur âge. Plus particulièrement, les tarifs de counseling familial ne

Sujets visant tous les praticiens (suite)

s'appliquent pas aux parents, à moins qu'il ne s'agisse réellement de **counseling** dans les circonstances graves définies ci-dessus.

liste code unités

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code 216 ne peut être utilisé si le membre de la famille qui obtient l'entrevue fait lui-même l'objet d'une visite ou d'une consultation. Ce code est facturé sous le numéro d'assurance-maladie du patient; il faut aussi identifier sur la facture la personne qui obtient l'entrevue. La totalité du temps consacré doit être indiquée.**

3) Visites à domicile

Premier patient examiné (voir le code de service applicable dans la section de chaque spécialité)	--	--
Visite d'urgence (exigeant une attention immédiate, à la demande du patient ou d'une personne agissant au nom du patient)	8	60
Patient additionnel, toute visite à domicile	5	14

 **Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables. Les factures pour visites d'urgence (voir la définition à la page 3/4) doivent indiquer à quelle heure de la journée les services ont été rendus.**

4) Soins prolongés/de rétablissement - les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients hospitalisés admis dans des unités désignées de soins prolongés :

Évaluation et soins le premier jour, sauf lorsque le médecin a soigné le patient juste avant le transfert à l'unité de soins prolongés	1745	34
Jours suivants	1746	12
Tarif quotidien additionnel du directeur de l'unité	1747	6

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la règle d'évaluation 46.**

5) Lits affectés aux soins de relève - les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au programme de soins de relève dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

Examen avant l'admission	1748	30
Examen mineur à l'admission (inapplicable si le médecin a facturé un examen avant l'admission)	1749	20
Présence à la demande du personnel infirmier ou si des soins journaliers deviennent nécessaires - tarifs à la journée des soins à l'hôpital	1750	TV
Visite nécessitant un trajet spécial à l'hôpital – comme en cas de visites d'urgence à d'autres endroits	1751	TV

Sujets visant tous les praticiens (suite)

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie qui suit les visites d'urgence ailleurs, page 4/3.**

	liste	code	unités
6) Réévaluation pour chimiothérapie Intervalle d'au moins 28 jours		283	33*
7) Traitement initial de polytraumatisme Ce code exige une évaluation détaillée du patient et les manoeuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin en charge. Il comprend au besoin: canules intraveineuses, perfusion sous pression, administration de produits thérapeutiques, cathéters urinaires, gaz sanguins, sondes nasogastriques et détersion trachéale. Ce code est payable en cas de traumatismes ou blessures mettant en cause la survie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque d'invalidité persistante	C	2956	120

(Voir aussi les inscriptions de traitement du traumatisme dans le cas des spécialités particulières).

 **Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Un code de traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, s'il faut transférer le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.**

8) Soins au cours d'un transfert - s'il est nécessaire qu'un médecin accompagne un patient pendant le transport à un autre établissement de soins de santé, « l'aller seulement » par quart d'heure		2979	52
--	--	------	----

 **Note de l'Assurance-maladie : On doit noter sur la facture le temps exact du transport, à l'aller seulement, à l'exclusion des périodes d'attente et du temps pour organiser le transfert.**

9) Tarifs-soins aux victimes d'agression sexuelle présumée – examen et initiation des soins. Doit comprendre les examens nécessaires, les soins médicaux et le counseling de la victime (et des parents s'il s'agit d'un enfant) ainsi que la prise d'échantillons, les rapports et autres exigences d'ordre médico-légal à remplir et les contacts avec des tiers		1893	280
---	--	------	-----

Au-delà des deux premières heures, on peut facturer le tarif de surveillance exclusive.

 **Note de l'Assurance-maladie : On doit noter sur la facture de surveillance exclusive le temps total consacré au patient, le code 1893 y compris. Les tarifs de visite**

Sujets visant tous les praticiens (suite)

liste code unités
*et d'examen ne sont pas payables quand le médecin rendant le service est déjà
rémunéré par vacations ou à salaire. La prime d'urgence après-heures ne
s'applique pas à ce service.*

Programme de service de garde autorisé du Nouveau-Brunswick

1. Mandat

- 1.1 Rémunérer les spécialistes et omnipraticiens en service de garde autorisé dans les hôpitaux et foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

2. Objectif

- 2.1 L'objectif premier du programme consiste à répondre aux besoins en matière d'urgence et aux besoins urgents du public et à veiller à rémunérer les médecins qui fournissent un service de garde tel que défini.

L'entente ne modifie ni n'annule les statuts et règlements, les règles de privilège et les règlements de tout personnel médical convenus entre une régie régionale de la santé ou le foyer de soins et un médecin au sujet de travail effectué dans le cadre du service de garde.

3. Exclusions

Le programme s'applique aux médecins qui travaillent en vertu de n'importe quelles modalités de rémunération. Les médecins qui touchent déjà une rémunération pour leur service de garde ou qui sont déjà rémunérés grâce à d'autres méthodes de rémunération approuvées par le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME) et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) seront exclus du remboursement pour service de garde. Voici ces exclusions :

Dispositions convenues entre le MSME et la SMNB :

- Service de garde des chirurgiens et anesthésistes à Sussex, Grand-Sault, Perth-Andover, Woodstock et Caraquet
- Salles d'urgence non régionales
- Allocation annuelle de disponibilité à Black's Harbour, Grand Manan et Harvey
- Intensivistes qui travaillent dans des unités de soins intensifs fermées sans médecin sur place
- Toute disposition de rémunération future convenue entre les parties qui comprend la rémunération du service de garde

Autres initiatives du ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME) :

- Projets de modèle de regroupement des visites à l'hôpital par les médecins (hôpitaux régionaux de Miramichi et de Saint John)

Dans les situations où les médecins reçoivent de leur régie régionale de la santé (RRS) des honoraires supplémentaires pour leur service de garde, le financement

Programme de service de garde autorisé du Nouveau-Brunswick (suite)

de cette initiative sera versé à la RRS pour payer le coût des dispositions actuelles.

Pour travailler à la parité salariale à l'échelle de la province, les RRS conserveront les taux en place jusqu'au départ du médecin ou jusqu'à l'expiration de leur entente ou contrat, sauf dans le cas des dispositions susmentionnées.

4. Principes

- 4.1 La rémunération n'est accordée qu'au service de garde défini par le Conseil d'administration des RRS et/ou par les foyers de soins individuels.
- 4.2 Le médecin doit répondre à l'appel en moins de 10 minutes ou, le cas échéant, il doit se présenter en moins de 20 minutes, sauf si d'autres dispositions ont été définies par la RRS ou par le foyer de soins.
- 4.3 Le présent programme ne comprend pas les consultations périodiques ou le travail non défini comme très urgent ou urgent. Les médecins peuvent continuer à offrir ces services durant la période de service de garde mais ils doivent être disponibles selon les modalités décrites ci-dessus. Le présent programme ne comprend pas le service de garde de routine pour les propres patients du médecin et ceux faisant partie du même groupe de service de garde, toutefois, il est destiné aux nouvelles admissions et aux patients sans médecin. Comme toujours, la prestation du service de garde comprend les soins aux patients hospitalisés.
 - 4.3.1 L'allocation ne s'applique pas à la disponibilité pour le service de garde durant les heures normales de travail en semaine.
 - 4.3.2 Les primes pour les services d'urgence après les heures normales ne peuvent être facturées en sus du code de service en question.
- 4.4 Le ministère exige un préavis de deux semaines de la part de la RRS ou du foyer de soins au sujet de tout ajout ou élimination au nombre de rotations. Toute modification sera effectuée après une consultation appropriée auprès de la SMNB. Le MSME préviendra la partie concernée de la décision. Dès la mise en œuvre du programme de service de garde, les parties se sont entendues pour financer l'effectif complet des groupes de médecine générale existants en service de garde. Le nombre de groupes de médecine générale en service de garde ne changera pas, à moins qu'il ne soit négocié par les parties.
- 4.5 Seul le premier médecin en service de garde (primaire) sera rémunéré.
- 4.6 Toutes les rotations du service de garde seront rémunérées au même taux.
- 4.7 Critères de disponibilité : Un médecin qui participe dans le cadre d'un service qui est offert à raison de 365 jours par année (24 heures sur 24 et sept jours sur sept)

Programme de service de garde autorisé du Nouveau-Brunswick (suite)

- est admissible. Dans le cas d'un médecin membre d'un groupe qui est incapable de travailler 365 jours, voici ce qui s'applique : un médecin seul doit être disponible pour un minimum de 90 jours de l'année. Un groupe de deux (2) médecins doit être disponible pour un minimum de 180 jours, un groupe de trois (3) médecins doit être disponible pour un minimum de 270 jours et un groupe de quatre (4) médecins ou plus doit être disponible pour 365 jours. Les parties contrôleront ces critères trimestriellement.
- 4.8 Lorsque l'appel est partagé entre des médecins rémunérés à l'acte et des médecins salariés, la facturation doit être effectuée en fonction de la rémunération à l'acte.
- 4.9 Un système parallèle a été créé pour les médecins à salaire où le service de garde est dispensé par un seul médecin à salaire ou par un groupe entier de médecins à salaire. Le financement proviendra des ressources allouées aux médecins salariés.
- 4.10 Un médecin ne touchera qu'une seule allocation de service de garde par nuit, quel que soit le nombre de services couverts ou s'il couvre une ou plusieurs régions de la province (RRS/foyers de soins).
- 4.11 Les médecins suppléants sont admissibles à cette rémunération en autant qu'ils remplacent un médecin qui répond aux critères.
- 4.12 Lorsqu'un médecin est appelé pour examiner, diagnostiquer ou traiter un patient, il/elle peut facturer selon le régime de rémunération à l'acte.
- 4.13 Les RRS devront présenter certains renseignements mensuels détaillés sur demande, notamment le nom, la spécialité et la date de service du médecin. Les régions doivent documenter toutes les rotations effectuées par les médecins à l'extérieur de la région.
- 5. Facturation**
- 5.1 On a créé le code de service 8999 pour la facturation selon le régime de rémunération à l'acte. La date du service sur la réclamation doit refléter la date du début du quart de service de garde. Un seul médecin sera rémunéré par date de service. Seul un service pour une seule date peut être inscrit sur la facture.

Médecine générale

liste code unités
Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	10	45
Consultation subséquente dans les 30 jours	12	30

Visites au cabinet, doit inclure, s'il y a lieu, teneur en hémoglobine : analyse d'urine, injections, examen pelvien et autres services auxquels ils s'appliquent, tel qu'indiqué à la page 3/3.

Visite au cabinet, à facturer par le médecin/médecin de famille lorsqu'il offre un service dans le contexte d'une pratique familiale communautaire, qui est définie comme une pratique où le médecin conserve le dossier complet du patient dans lequel il inscrit le code de service 1 ainsi que les autres consultations; offre tous les soins de contrôle nécessaires pour la consultation; et prend la responsabilité de l'engagement de tous les aiguillages connexes et de leur suivi.....

1 24*

Visite au cabinet pour les personnes âgées

Pour l'évaluation de cas complexes chez les personnes âgées de 75 ans ou plus présentant des pathologies multiples, y compris la révision du régime médicamenteux, au besoin.....

8101 31*

 ****Note de l'Assurance-maladie : Une fois que des pathologies multiples ont été diagnostiquées, le code de consultation au cabinet pour les personnes âgées peut être facturé pour des visites ultérieures peu importe la raison de la visite.***

Le code de service 1 s'applique également aux consultations au cabinet et aux examens complets qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Injections intradermiques, intramusculaires ou sous-cutanées et injections thérapeutiques (une ou plusieurs injections par visite)	C	2	13
Vaccination comprendra le tarif de plateau, (maximum de 2 à 100 %) Payable en plus du tarif le même jour de la visite au bureau	C	8102	8
Vaccination le tarif de plateau (tarif maximum) Non payable en plus du tarif de la visite au bureau	C	8103	13
Hyposensibilisation – injections incluant surveillance (sauf injection initiale et évaluation), par visite.....	C	1894	13

Clinique sans rendez-vous - visite

Visite au cabinet dans un endroit désigné comme une clinique sans rendez-vous

3* 21

Médecine générale (suite)

	liste	code	unités
--	-------	------	--------

Examen médical complet

Examen complet effectué à des fins de nécessité

médicale		7	33
----------------	--	---	----

L'expression « à des fins de nécessité médicale » signifie qu'un examen complet est requis dans le but de permettre au médecin d'identifier et de définir la nature et/ou la cause de l'état du patient ou de ce dont il se plaint, de façon à permettre des recommandations et/ou des soins appropriés.

Pour correspondre aux exigences du code de service 7, un examen complet **doit** comprendre au moins les éléments suivants :

- rédiger ou mettre à jour les antécédents complète du patient, y compris ses antécédents familiaux; s'informer en détail de ce dont il se plaint, ainsi de sur son état fonctionnel;
- faire un examen physique pertinent des principaux systèmes, soit les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, génito-urinaire, musculo-squelettique, hémolympatique et nerveux. (Du point de vue du patient, cet exercice signifie un examen de la bouche, du cou, de la poitrine (poumons et coeur), de l'abdomen et des extrémités; de plus, s'il y a lieu, l'examen peut s'étendre aux yeux, aux oreilles, au nez, aux seins, à la région pelvienne, et comprendre un examen rectal et une évaluation des réflexes.)
- tenir un dossier écrit sur toutes les constatations positives et négatives pertinentes, les analyses en laboratoire, les avis et les soins.

Dans le cas d'un médecin entrant en exercice dans un nouvel endroit ou de l'introduction d'un nouveau patient dans une pratique déjà établie, on peut facturer le code 7 lors de la première visite seulement si un examen complet est justifié pour lequel le patient se présente. On ne peut facturer le code 7 pour une évaluation complète générale des nouveaux patients ou comme le paiement complémentaire d'une documentation initiale plus complète.

Le code de service 7 ne s'applique pas à un examen complet à titre d'examen périodique, ni à la demande d'un tiers, étant donné que ces services sont exclus de l'Assurance-maladie. Une demande de tiers concerne les examens effectués aux fins d'emploi, assurance, procédures légales, admission dans un établissement d'enseignement ou un camp et autres demandes semblables. Les examens obligatoires à l'hôpital sont également considérés comme des demandes de tiers, à l'exception des cas particuliers où un examen complet est médicalement requis.

Le code de service 7 ne peut être facturé dans les 42 jours suivant le paiement d'un tarif d'examen complet au même médecin.

Soins de soutien (voir la description du service à la page 4/6)		199	18*
---	--	-----	-----

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure

		2173	34
--	--	------	----

Médecine générale (suite)

	liste	code	unités
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour		2174	18
– après 30 jours, par jour		2176	12

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Code de transfert - soins à l'hôpital (voir description à la page 4/6)		45	31
Code de transfert - soins intensifs (voir description à la page 4/6)		1819	31

Traitement initial de polytraumatisme C 2923 120

Ce code exige une évaluation détaillée du patient et les manoeuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin en charge. Il comprend au besoin: canules intraveineuses, perfusion sous pression, administration de produits thérapeutiques, cathéters urinaires, gaz sanguins, sondes nasogastriques et détersion trachéale. Ce code est payable en cas de traumatismes ou blessures mettant en cause la survie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque d'invalidité persistante.

 **Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Un code de traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, sauf s'il faut transférer le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.**

Visites à domicile (voir aussi page 4/12)		4	40
--	--	---	----

 **Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.**

Visite sur un navire – dans le port.....		214	40
– au quai.....		386	35

 **Note de l'Assurance-maladie: On ne peut facturer les services ci-dessus à l'Assurance-maladie, à moins de les rattacher à des visites de patients déterminés.**

Examen post-mortem			CS
---------------------------------	--	--	----

 **Note de l'Assurance-maladie : Les examens post-mortem ne sont pas des services assurés.**

Soins obstétricaux – le paiement comporte des tarifs de visites plus un tarif d'accouchement. Voir les règles d'évaluation 34 et 35.

Médecine générale (suite)

	liste	code	unités
Accouchement	D	14	330
Grossesses gémellaires - par naissance additionnelle, en supplément	D	1413	50
Examen prénatal complet		15	31
Visites pré et/ou postnatales sans examen complet (voir aussi la règle d'évaluation 34)		16	24*
Soins prénataux et présence à une césarienne - à la visite plus le tarif d'assistant.			

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Le tarif d'accouchement comprend les soins durant un travail prolongé. Le tarif d'un examen prénatal complet, code 15, n'est pas payable moins de 42 jours après un examen prénatal.*

Soins du nouveau-né , par enfant		17	40
Soins habituels d'un bébé normal à l'hôpital jusqu'à dix jours, incluant un examen physique complet et les instructions requises à la mère.			

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Toutes les factures doivent porter le numéro d'identification du patient. Dans le cas des nouveau-nés non inscrits, on doit utiliser le numéro d'identification de la mère, en y ajoutant la date de naissance complète du nouveau-né et le code 3 ou 4, selon le cas, jusqu'à l'inscription du nourrisson à l'Assurance-maladie.*

Soins du prématuré – jusqu'à trois semaines, par semaine		18	56
– les trois semaines suivantes, par semaine		30	28

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Les soins du prématuré désignent les soins d'un nourrisson pesant 2,5 kilogrammes ou moins à la naissance; dans le cas de jumeaux, le tarif prévu s'applique par enfant. (Voir la règle d'évaluation 37)*

Soins du bébé normal – comportant un examen et les instructions relatives aux soins de		19	24*
--	--	----	-----

Psychothérapie , par 15 minutes		20	21
--	--	----	----

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Voir la règle d'évaluation 10. Les tarifs de psychothérapie ne s'appliquent qu'au bout d'une heure après une consultation majeure ou une première admission à l'hôpital. Lorsque ces codes sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps consacré doit être indiquée.*

Conférence d'étude de cas traitant de violence dans la famille avec travailleurs paramédicaux et enseignants, au nom du patient, par 15 minutes		211	20
---	--	-----	----

Médecine générale (suite)

	liste	code	unités
--	-------	------	--------

 ***Note de l'Assurance-maladie : La conférence de cas est payable en plus des autres services nécessaires qui peuvent être dispensés au patient le même jour et devrait être facturée sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps consacré doit être indiquée.***

Tarifs d'anesthésie – voir la section « Spécialistes en anesthésie », pages 5/6 - 5/10.

Test de Denver	B	2172	30
----------------------	---	------	----

Spécialistes en anesthésia Préambule des services anesthésiques

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Le tarif ne s'applique qu'aux services professionnels et comprend :

- (a) Évaluation préanesthésique du risque de l'anesthésie, chez le patient, prescription de la médication préopératoire indiquée, administration de toute forme d'anesthésie, de liquides ou de sang par suite d'une anesthésie ou intervention chirurgicale, ainsi que surveillance post-anesthésique immédiate.
- (b) Manoeuvres immédiates de soutien et de réanimation à la salle d'opération et/ou à la salle de réveil qui sont indiquées par l'état du patient et par les exigences du chirurgien y compris pour les cas de réanimation d'un bébé accouché par césarienne ou par accouchement opératoire. Cependant, l'insertion de canules artérielles, le cathétérisme pour tension veineuse centrale et l'insertion de cathéter de Swan-Ganz sont payables en supplément.
- (c) Traitement de toute complication découlant de l'anesthésie dans les 48 heures.

Le tarif des anesthésistes s'obtient en additionnant les unités de base et de durée ainsi que, le cas échéant, les unités modificatrices, et en multipliant la somme par la valeur unitaire.

Pour les actes qui comprennent quatre (4) unités de base, les unités de durée sont calculées en accordant une unité par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie jusqu'à un maximum d'une heure, deux unités par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie jusqu'à un maximum de 4 heures, puis 3 unités par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie pour le reste du temps.

Pour les actes qui comprennent plus de quatre unités de base, les unités de durée sont calculées en accordant une unité par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie jusqu'à un maximum de deux heures, deux unités par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie jusqu'à un maximum de 4 heures, puis 3 unités par 15 minutes ou par partie de 15 minutes d'anesthésie pour le reste du temps.

 **Note de l'Assurance-maladie : La période de temps servant au calcul des frais d'anesthésie débute au moment où l'anesthésiste commence à administrer l'anesthésie et se termine quand le patient quitte la salle d'opération pour aller à la salle de réveil. Le temps consacré à la préparation du patient avant l'administration de l'anesthésie et le temps consacré à la surveillance du réveil du patient après sa sortie de la salle d'opération n'entrent pas dans le temps servant au calcul des frais d'anesthésie. (Voir la règle d'évaluation 39)**

Dans les cas spéciaux où les services de plus d'un anesthésiste sont requis dans l'intérêt du patient, les tarifs sont majorés de 50 % du tarif calculé pour l'acte; chaque anesthésiste reçoit la moitié du tarif global.

Quand des interventions chirurgicales multiples ou bilatérales sont pratiquées pendant la même anesthésie, les frais d'anesthésie doivent être fondés sur les unités de base de l'acte principal, plus la durée. Quand des actes bilatéraux ou des révisions chirurgicales sont exécutés à des moments différents sous des anesthésies distinctes, l'anesthésiste a le droit de recevoir le plein tarif d'anesthésiste pour chaque acte.

Spécialistes en anesthésie (suite)

liste	code	unités gen	unités an
-------	------	---------------	--------------

Dans les actes sans valeur prévue ou sujets à CS, la portion de base de la valeur calculée est celle qui est prévue pour un acte comparable, compte tenu du siège.

Quand un médecin administre l'anesthésique et exécute également un acte chez le même patient, il facture un seul service.

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures d'anesthésie doivent, en plus des détails généralement requis, comporter les éléments suivants :**

- 1) **Durée de l'anesthésie;**
- 2) **Code de service de l'opération principale ou majeure exécutée;**
- 3) **Tarif facturé en unités, comportant les unités de base et les unités de durée;**
- 4) **La case « nombre de services » et la case « tarif » ou « honoraires » doivent être égales. Lors de la facturation de services anesthésiques, on doit inscrire 2 dans la case « rôle » de la formule de facturation; cette règle s'applique aux anesthésistes, tant les spécialistes que non-spécialistes.**

Valeur unitaire - voir les pages 3/11 - 3/12

Unités modificatrices - à ajouter selon le barème suivant :

(i) nourrissons pesant moins de 5 kg (11 livres).....	5
(ii) manipulation hémodynamique peropératoire pour faciliter la chirurgie (25 % au-dessous de la normale)	10
(iii) arrêt circulatoire par recours à l'hypothermie profonde	10
(iv) recours à l'hypothermie contrôlée jusqu'à 32°C ou moins.....	15
(v) nourrissons pesant entre 5 et 10 kg.....	1
(vi) patient de plus de 70 ans.....	1
(vii) anesthésie unibronchique.....	6
(viii) intubation endotrachéale en état d'éveil lors d'un accès difficile aux voies respiratoires (non payable en plus de l'anesthésie unibronchique).....	3
(ix) Surveillance de l'intégrité de la colonne vertébrale (y compris l'épreuve de réveil).....	6

Prime d'urgence après-heures

(page 4/9)

Actes spéciaux

Intervention ou manoeuvre mineure nécessitant l'anesthésie.....	C	832	4
---	---	-----	---

Ce code couvre les situations où l'intervention n'est pas normalement pratiquée sous anesthésie, mais où celle-ci s'impose dans des cas précis. Exemples : ponction lombaire ou cathétérisme vésical chez les nourrissons ou les adultes incapables.

Anesthésie obstétricale.....	C	1909	4
Anesthésie dentaire.....	C	1910	4
Anesthésie axonale.....			

Spécialistes en anesthésie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Pour chirurgie - unités de base de l'acte plus unités de durée.				
Analgésie/anesthésie axonale obstétricale pendant travail et accouchement par perfusion ou remplissage.				
Amorçage	C	2449		8
Prolongation – par perfusion – par heure, (maximum 8 unités) en supplément	C	1793		1
– par intermittence – par injection, (maximum 10 unités), en supplément.....	C	1794		2
Accouchement, en supplément	C	1795		UD

 **Note de l'Assurance-maladie : Le type de prolongation doit être indiqué sur la facture.**

Analgésie axonale par perfusion				
Par voie lombaire, amorçage.....	C	2452		6
Prolongation (maximum 26 unités), par 2 heures, en supplément	C	1796		1
Par voie thoracique, amorçage	C	2454		8
Prolongation (maximum 24 unités), par 2 heures, en supplément	C	1797		1
Blocage du plexis brachial Amorçage	C	8323*		8
Réinjection, visite ou consultation comprise jour, en supplément	C	8325*		2
Réinjection, visite ou consultation comprise Nuit ou fin de semaine, en supplément	C	8326*		3
Perfusion continue (maximum 26 unités) par 2 heures	C	8324*		1
Injection axonale intermittente d'une substance narcotique par cathéter pour soulager la douleur.				
Pose d'un cathéter à demeure ou greffe plaque du sang, y compris première injection (consultation payable en sus, s'il y a lieu).....	C	1770		8
Injections subséquentes, honoraires de la visite ou de la consultation compris, de jour	C	1771		2
– de nuit, les fins de semaine et les jours fériés..	C	1772		3

 **Note de l'Assurance-maladie : Le temps requis pour le code 1770 ne peut être facturé avec le temps de l'anesthésie lors du calcul de l'anesthésie pour acte chirurgical. Dans le cas des injections subséquentes (codes 1771 et 1772), on doit indiquer à quelle heure de la journée le service a été rendu.**

Réanimation

Pendant l'anesthésie – comprise dans la durée de l'anesthésie				
Non reliée à l'anesthésie	C	219		6

Spécialistes en anesthésie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
--	--------------	-------------	-----------------------	----------------------

L'auto-analgésie à la demande est un moyen d'atténuer une forte douleur qui remplace l'injection intramusculaire traditionnelle d'une substance narcotique. Elle permet aux patients d'exercer un contrôle sur leur douleur aiguë. Pour amorcer le processus d'auto-analgésie à la demande, il sera nécessaire d'évaluer le patient, de le renseigner et de voir au démarrage du dispositif requis pour l'auto-analgésie à la demande. La prolongation de l'auto-analgésie à la demande nécessite un service de 24 heures offert au patient utilisant l'auto-analgésie à la demande. Cela comprend des visites et des consultations par téléphone par le même médecin ou par un autre.

L'amorçage ou la prolongation du traitement d'auto-analgésie à la demande est seulement facturable une fois par jour, qu'il s'agisse du même médecin ou d'un autre. Également, le montant facturé ne peut pas s'ajouter à celui d'une consultation, d'une visite, de soins hospitaliers réguliers ou de soins intensifs par le même médecin. Les services d'auto-analgésie à la demande sont payables au même médecin, à la date où l'on a procédé à une anesthésie générale si cela a été fait à un autre moment de la journée. On doit indiquer l'heure précise pour chacune des deux demandes de paiement.

Auto-analgésie à la demande – pour le contrôle parentéral de la douleur aiguë.

Amorçage	841	62
Prolongation	842	12

 **Note de l'Assurance-maladie : Ces codes sont applicables aux anesthésistes certifiés ou non certifiés.**

Spécialistes en chirurgie cardiaque

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	100	113*
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	101	52*

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	8320	43
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	8321	20
– après 30 jours, par jour	8322	13
Soins de supervision – voir la description du service à la page 4/6	8111	19

 **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 100 et 101 sont réservés aux spécialistes en chirurgie cardio-vasculaire qui dispensent des services dans une unité de chirurgie cardiaque.**

Autres tarifs de visite – comme pour les spécialistes en chirurgie générale (pages 5/14 - 5/15).

Spécialistes en dermatologie

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	125	67*
Subséquente dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle.....	126	35*

Visites au cabinet

Première visite comportant un examen dermatologique complet	119	30
Première visite comportant un examen spécifique.....	120	19
Autres visites au cabinet.....	121	19

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure.....	2255	62
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2256	18
– après 30 jours, par jour	2258	12
Code de transfert – soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	310	62
– soins USI (voir la description du service à la page 4/6)	1822	62
Soins de supervision – voir la description du service à la page 4/6	46	18*

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).*

 **Note de l'Assurance-maladie :** *Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.*

Visites à domicile.....	127	40
(Voir aussi la page 4/12)		

Spécialistes en dermatologie (suite)**liste code unités**

☞ Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.

Actes dermatologiques

Biopsie cutanée diagnostique (réservée aux spécialistes)	A	134	27
Photothérapie à l'ultraviolet (UVB)	C	155	5
– Thérapie PUVA	C	154	23

☞ Note de l'Assurance-maladie : Une visite par semaine est payable en plus du code 155 ou 154.

Dermabrasion de la face - voir les actes de chirurgie plastique, page 20/5.

Dermabrasion d'une seule surface (p. ex. # cicatrice traumatique) - voir le système tégumentaire, page 7/3.

Tests d'allergie	B	1895	(page 21/1)
------------------------	---	------	-------------

Destruction au laser de lésions

Lésion jusqu'à un centimètre de diamètre
n'atteignant pas ongles, articulations ou orifices -
facturer d'après les codes et tarifs prévus
d'excision chirurgicale.

Autres lésions – requérant jusqu'à ½ heure de

lasérothérapie	B	129	108
– jusqu'à ¾ heure	B	130	140
– jusqu'à 1 heure	B	131	172
– chaque ¼ heure additionnelle	B	135	30

☞ Note de l'Assurance-maladie : Les tarifs de lasérothérapie englobent les biopsies préopératoires. Le temps écoulé doit être indiqué sur la formule de facturation. Les factures de lasérothérapie dépassant deux heures doivent être accompagnées d'un protocole opératoire.

Spécialistes en chirurgie générale

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	31	80
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	33	41

Visites au cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comportant les antécédents complets et un examen médical complet.....	26	30
Première visite comportant un examen spécifique.....	27	20
Visite subséquente comportant un examen complet - autorisée une fois par période de 90 jours (utiliser ce code pour la réévaluation des patients déjà traités pour une maladie maligne ou pour des maladies artérielles majeures).....	28	30
Autres visites au cabinet.....	29	19*

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour d'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2381	42
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2382	19
– après 30 jours, par jour	2384	13
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	327	36
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	47	19

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Spécialistes en chirurgie générale (suite)

	liste	code	unités
Visites à domicile		34	40
(Voir aussi la page 4/12)			

 **Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.**

Soins intensifs - il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs, comme les unités chirurgicales de soins intensifs ou dans des unités de soins concentrés.

Évaluation initiale et instauration des soins	2833	221*
Tarif à la journée, par jour.....	2834	39*
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive		
Par quart d'heure.....	2835	50
Soins de supervision	198	22*
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....	1823	36

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs, à la page 4/7.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Les tarifs de surveillance exclusive dans des unités de soins intensifs après une chirurgie exécutée le même jour par un spécialiste en chirurgie générale peuvent faire l'objet de considérations spéciales. Le praticien doit fournir une documentation pertinente décrivant les circonstances ayant nécessité la surveillance exclusive. Voir la description à la page 4/4.**

Traitement initial de polytraumatisme..... C 2416 120

Ce code exige une évaluation détaillée du patient et les manoeuvres habituelles de réanimation ou de stabilisation par le médecin en charge. Il comprend au besoin: canules intraveineuses, perfusion sous pression, administration de produits thérapeutiques, cathéters urinaires, gaz sanguins, sondes nasogastriques et détersion trachéale. Ce code est payable en cas de traumatismes ou blessures mettant en cause la survie du patient ou de traumatismes touchant plus d'un système ou plus d'une région anatomique avec risque d'invalidité persistante.

 **Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux requis.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Un code de traitement initial de traumatismes est payable à un médecin seulement, sauf s'il faut transférer le patient à un médecin d'une autre spécialité ou dans un autre hôpital.**

Spécialistes en médecine interne

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

(Applicable aux sous-spécialités comme Allergologie, Cardiologie.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	41	121*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	42	56
Oncologie radiologique thérapeutique		
Consultation en radiothérapie.....	73	51

Visites au cabinet

Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques chez un nouveau patient qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	35	42
Première visite comportant un examen spécifique.....	36	28
Visite subséquente comportant un réexamen complet	37	28
Autres visites au cabinet.....	38	22

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la règle d'évaluation 7.**

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2401	72
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2402	22
– après 30 jours, par jour.....	2404	14
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	301	62
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	197	22

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Spécialistes en médecine interne (suite)

	liste	code	unités
Visites à domicile		44	40
(Voir aussi la page 4/12)			

 **Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.**

Soins intensifs - il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins	220	221*
Tarif à la journée, par jour.....	221	39*
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive Par quart d'heure (voir la description du service aux page 4/4-5).....	222	50
Soins de supervision.....	198	22*
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....	1821	62

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs, à la page 4/7.**

Suivi de l'implantation d'un stimulateur cardiaque permanent (y compris un enregistreur implantable et un défibrillateur cardiovertreur implantable)

Visite seulement – aucune programmation et aucun ajustement	8141*	26
Visite – programmation, ajustement, stimulation Simple (EI).....	8142*	50
Visite – programmation, ajustement, stimulation Double (DCI).....	8143*	75

Spécialistes en neurologie

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	161	82
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	162	40

Visites au cabinet

Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques chez un nouveau patient qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	156	50
Visite subséquente comportant un réexamen complet	157	22
Visite subséquente pour réévaluation complète d'un patient déjà référé; autorisée une fois par période de 30 jours.....	160	42*
Autres visites au cabinet.....	159	21

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2501	62
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2502	19
– après 30 jours, par jour.....	2504	12

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6)	8302	62
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/5	61	19*
Visites à domicile	164	40

(Voir aussi la page 4/12)

Spécialistes en neurologie (suite)

	liste	code	unités
 Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.			

Soins intensifs - il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou des unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins		224	221
Tarif à la journée, par jour		225	35
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive Par quart d'heure (voir la description du service à la page 4/4).....		226	50
Soins de supervision.....		198	22
Code de transfert – soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....		1827	62

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs, à la page 4/7.**

Actes spéciaux

Électroencéphalographie – simple interprétation	B	168	25*
Insertion d'aiguilles sous-temporales - en supplément	B	169	17
Avec stimulation médicamenteuse, ex. métrazol - en supplément	B	170	17
Interprétation d'E,E,G, exécutée en sommeil à l'hôpital	B	167	65*
Électrocorticographie - surveillance et interprétation Électroencéphalographie en profondeur avec stimulation électrique, ex. au cours de thalamotomies	B	171	154
Écho-encéphalographie - acte et interprétation	B	172	77
Audiométrie avec excitation du tronc cérébral.....	B	173	15
Potentiel évoqué somatosensoriel	C	2035	15
Potentiel évoqué visuel.....	C	2645	15
Études de stimulation répétées dans le temps (max. 3).....	C	2646	15
Électromyographie de l'unité motrice	B	831	40
Électromyographie Majeure – examen de muscles dans plus d'une région.....	B	830	160
Mineure - examen d'un muscle ou d'une région spécifique	B	174	60
Étude de la conduction nerveuse, par nerf étudié (à ajouter au tarif de l'examen électromyographique en cas d'exécution	B	175	30

Spécialistes en neurologie (suite)

	liste	code	unités
simultanée).....	B	176(1)	20
Périmétrie et campimétrie	B	184	23
Épreuves caloriques (études vestibulaires)	B	185	15
Épreuve au Tensilon.....	B	183	15

Voir aussi les « Actes diagnostiques et thérapeutiques » à la page 21/1, les « Actes cliniques » à la page 22/1 et les « Actes de diagnostic et de traitement mineur » aux pages 17/1-2.

(1) Ce code est payable au plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.

Spécialistes en neurochirurgie

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	186	72
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	188	33

Visites au cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comportant les antécédents complets et un examen médical complet ou un examen spécifique	189	32
Autres visites au cabinet	192	18

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2391	75
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2392	18
– après 30 jours, par jour	2394	12

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Transfert à l'hôpital - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6)	8303	75
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	62	18*
Consultation majeure à l'hôpital	2857	78
Blessure non ouverte à la tête, évaluation complète - examen initial et recommandation de traitement ultérieur	C 1512	88

 **Note de l'Assurance-maladie : En l'absence d'intervention chirurgicale, le tarif à la journée est payable suivant le code 1512.**

Spécialistes en neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités
--	--------------	-------------	---------------

Soins intensifs - il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs ou unités de soins concentrés reconnues.

Évaluation initiale et instauration des soins		1508	221*
Tarif à la journée, par jour.....		1513	39*
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive Par quart d'heure (voir la description du service à la page 4/4)		1514	50
Soins de supervision.....		198	22*
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)		1828	75

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs, à la page 4/7.**

Spécialistes en obstétrique et en gynécologie

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	54	63*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	56	24

Visites au cabinet - première visite comportant

examen complet	48	25
Première visite comportant un examen spécifique	49	20
Autres visites au cabinet	50	20

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour d'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2411	42
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2412	19
– après 30 jours, par jour	2414	13
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	8309	36
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....	1834	36
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6).....	166	19

 **Note de l'Assurance-maladie :** Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).

 **Note de l'Assurance-maladie :** Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.

Visites à domicile	53	40
(Voir aussi la page 4/12)		

Spécialistes en obstétrique et en gynécologie (suite)

	liste	code	unités
☞ Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.			
Insertion de laminaire	A	2083	23
Soins obstétricaux - le paiement comporte des tarifs de visites plus un tarif d'accouchement. Voir les règles d'évaluation 34 et 35.			
Accouchement (avec ou sans complication)	D	58	398
Grossesses gémellaires - par naissance additionnelle, en supplément.....	D	1413	50
Première visite prénatale comportant un examen complet.....		2002	45
Visites subséquentes pré et/ou postnatales.....		60	22
(Voir aussi la règle d'évaluation 34)			

☞ Note de l'Assurance-maladie : Un tarif d'accouchement comprend les soins durant un travail prolongé. Le tarif d'un examen prénatal complet, code 2002, n'est pas payable moins de 90 jours après un examen complet effectué par le même médecin et le tarif d'un examen complet, code 48, n'est pas payable moins de 90 jours après un examen prénatal complet.

Spécialistes en ophtalmologie

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	69	76*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	71	43

Autre cas de patient référé

Examen ophtalmologique complet à la demande d'un optométriste, comprenant un rapport écrit à l'optométriste avec copie, s'il y a lieu, au médecin de famille	282	72
---	-----	----

Visites au cabinet

Première visite avec examen ophtalmologique complet	64	42
---	----	----

 **Note de l'Assurance-maladie : La première visite comportant un examen complet dans le cas des spécialistes en ophtalmologie englobera au besoin les actes spéciaux suivants : examen du fond de l'oeil, gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie, ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de l'oeil à l'aide de lampe à fente à triple miroir. (Voir la règle d'évaluation 44)**

Première visite n'exigeant pas d'examen complet	65	25
Autres visites au cabinet sans tests ou actes spéciaux.....	66	28*

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Actes – tonographie en acte isolé	C	228	23	
Examen du fond de l'oeil, gonioscopie, tonométrie, biomicroscopie en actes isolés, chacun.....	C	229	9	
Examen du fond de l'oeil sous anesthésie générale ...	B	230	77	4
Ophtalmoscopie indirecte ou examen du fond de l'oeil à l'aide de lampe à fente à triple miroir.....	C	232	15	

Spécialistes en ophtalmologie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Ophtalmodynamométrie.....	B	280	15	
Photos du fond de l'oeil, tarif technique	B	233	20	
Photos du fond de l'œil, tarif technique et interprétation de rétinophoto	B	8181	28*	
Interprétation de rétinophoto	B	2996	8	
Ultrasonographie oculaire pour biométrie axiale ou corps étranger.....	B	2403	21	
Kératométrie.....	B	2997	12	
Test de Farnsworth.....	C	2998	20	
Test de Hess-Lancaster.....	C	2999	15	

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure		2421	43	
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....		2422	20	
– après 30 jours, par jour.....		2424	13	
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....		330	36	
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)		1825	36	
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6)		57	20*	

 **Note de l'Assurance-maladie :** Pour les codes de service soins aux intensifs (voir la page 4/7).

 **Note de l'Assurance-maladie :** Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.

Visites à domicile 72 40
(Voir aussi la page 4/12)

 **Note de l'Assurance-maladie :** Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.

Champs visuels

Campimétrie, examen Autoplot de champ visuel, incluant l'interprétation.....	C	231	15	
Périmétrie cinétique de Goldman ou équivalente, 2 courbes ou plus - exécution et interprétation.....	B	116	34	

Spécialistes en ophtalmologie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
- exécution seulement	B	117	19	
- interprétation seulement	B	118	15	

Champs visuels par techniques informatiques

Périmétrie statique automatisée de seuil, complète

- exécution et interprétation	B	105	40	
- exécution seulement	B	106	26	
- interprétation seulement	B	112	15	

Périmétrie automatisée au-dessus du seuil (dépistage central)

- exécution et interprétation	B	113	25	
- exécution seulement	B	114	15	
- interprétation seulement	B	115	10	

Ultrasonographie oculaire

Scintigraphie «A » quantitative normalisée	B	2023	34	
Scintigraphie « B » en temps réel.....	B	2027	34	
Échos « A » et « B ».....	B	2029	51	
Échos « A » et « B » plus immersion	B	2031	68	

Ajustement de lentilles de contactAjustement thérapeutique de lentilles de contact,
incluant 3 mois de soins de contrôle (le coût des

lentilles non compris)	D	2911	200	
- bilatéral - en supplément	D	2912	77	

L'ajustement de lentilles de contact, effectué dans le cas des affections énumérées ci-dessous, est un service assuré par l'Assurance-maladie. La pose de ces lentilles en remplacement des lunettes demeure un service non assuré.

Le type approprié de lentilles de contact peut être ajusté à la discrétion du médecin en vue de protéger l'intégrité d'une cornée saine au cours d'états pouvant la compromettre, de favoriser la guérison d'une cornée endommagée par des processus pathologiques ou des actes chirurgicaux, de rétablir la vision monoculaire ou binoculaire s'il est impossible d'y arriver par d'autres procédés et d'améliorer un champ visuel restreint en raison d'un vice de réfraction prononcé. L'amélioration de l'acuité visuelle en elle-même n'est pas comprise dans cette définition.

En cas de nécessité au plan médical, la couverture de l'Assurance-maladie s'applique en présence des affections suivantes: albinisme, aniridie, dystrophies de la membrane cornéenne antérieure, aphakie, astigmatisme dont la correction cylindrique dépasse 5 dioptries, kératite bulleuse, oedème cornéen chronique; abrasion, brûlure, lacérations ou ulcère de la cornée; descémétocèle, syndrome de l'oeil sec, entropion, vice de réfraction prononcé (équivalent à 6 dioptries sphériques ou plus chez les moins de 16 ans et à 10 dioptries sphériques ou plus chez les adultes), kératocône, kératite neuroparalytique,

Spécialistes en ophtalmologie (suite)

nystagmus, trachome ancien, paralysie du muscle droit supérieur, pemphigus, séquelle de kératoplastie pénétrante; inconfort, lacérations ou perforations postopératoires; prévention d'un symblépharon, érosion cornéenne récurrente, syndrome de Stevens-Johnson, herpès, brûlures, trichiasis, conjonctivite printanière. D'autres affections pourront être ajoutées plus tard à cette liste.

	liste	code	unités gen	unités an
Lentille de contact servant de bandage	D	2913	77	
Comprend les soins de contrôle. La consultation est payée séparément.				
Rédaction d'un certificat pour permis de conduire.....			15	

 **Note de l'Assurance-maladie : La rédaction d'un certificat pour permis de conduire n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie. (Voir la règle d'évaluation 3)**

Corps étrangers cornéens	C	235	30	
Sous anesthésie	C	236	77	4
Traitement orthoptique	C	234	35	

Spécialistes en chirurgie orthopédique

liste code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure au spécifique	81	67*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	83	28

Visites au cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, devant comporter les antécédents complets et un examen médical complet.....	76	23
Première visite comportant un examen spécifique.....	77	18
Autres visites au cabinet.....	78	18

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2431	43
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2432	20
– après 30 jours, par jour.....	2434	13
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	8304	36
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)	1829	36
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	63	20

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour les code de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).**

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Traitement de polytraumatisme orthopédique.....	C 2922	80
---	-----------	----

Évaluation complète et instauration des soins, comportant les actes diagnostiques et thérapeutiques. Ce code s'applique s'il y a fractures à deux membres ou régions, fractures ouvertes ou mixtes au

Spécialistes en chirurgie orthopédique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
même membre ou traumatisme au rachis avec paralysie évidente ou probable. Il ne s'applique pas à la simple pose d'un ou deux plâtres ou à des réductions fermées en l'absence de complications.				
Traitement de polytraumatisme.....	C	2956	(page 4/12)	
☞ Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable, le cas échéant, en plus des actes chirurgicaux.				
Visites à domicile		84	40	
(Voir aussi la page 4/12)				
☞ Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.				
Expertise médico-légale - examen et rapport écrit			38-77	
Lettre ou rapport écrit relatif à un examen antérieur comportant pronostic et opinion			15-38	
☞ Note de l'Assurance-maladie : Les examens et rapports écrits à des fins médico-légales ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie. (Voir la règle d'évaluation 2)				

Spécialistes en oto-laryngologie

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	107	69		
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	109	30		

Visites au cabinet

Première visite de patient transféré ou non, exigeant l'historique les antécédents complets et un examen détaillé	102	32*		
---	-----	-----	--	--

Le code de service 102 comprend les examens médicaux reliés à de cette spécialité et, au besoin, des actes comme cathétérisme de la trompe d'Eustache, une laryngoscopie indirecte et une rhinopharyngoscopie, etc., mais ne comprend pas les études des vestibulaires, audiographies ou la laryngoscopie directe.

Première visite n'exigeant pas d'examen complet.....	103	25*		
Autres visites au cabinet	104	25*		

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la règle d'évaluation 42.**

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2441	46		
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2442	21		
– après 30 jours, par jour	2444	14		
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	329	36		
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....	1824	36		
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	52	21*		

Spécialistes en oto-laryngologie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
 <i>Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).</i>				
 <i>Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.</i>				

Visites à domicile..... 110 40
(Voir aussi la page 4/12)

 *Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.*

Examens spéciaux

a) Tarifs globaux d'audiométrie - ces tarifs s'appliquent seulement aux examens spéciaux exécutés dans les locaux du médecin et/ou en utilisant son matériel. Ils comprennent la composante technique de l'acte, les services du médecin au cours de l'examen et l'interprétation des résultats des tests.

Audiométrie tonale, conduction aérienne et osseuse .	C	2022	15
Audiométrie vocale	C	2024	15
Audiométrie par impédance	C	2338	15
Tests audiométriques spéciaux ou poussés:			
localisation de lésion, réflexe de galvanisation cutanée, test de Stanger, etc.	C	2028	15
Audiométrie du champ sonore (évaluation du seuil de perception acoustique chez les enfants d'au moins 3 ans).....	C	2032	30
Évaluation d'appareil acoustique ou pose d'un masque d'acouphène.....	C	2034	42

b) Tarif professionnel d'audiométrie C 2030 6
Ce tarif s'applique aux services d'audiométrie que le médecin dispense ailleurs que dans ses locaux. Il comprend l'interprétation des résultats des tests.

On ne peut facturer le tarif professionnel quand un tarif global est payable.

 *Note de l'Assurance-maladie : Voir les règles d'évaluation 40 et 41. Les codes d'examens spéciaux sont réservés aux spécialistes en oto-laryngologie.*

c) Autres examens

Audiométrie avec excitation du tronc cérébral .	C	2035	15
Études vestibulaires.....	C	111	15
Tympanométrie	C	1800	15
Épreuve calorique.....	C	2644	15
Potentiel évoqué somatosensoriel	C	2645	15
Potentiel évoqué visuel.....	C	2646	15

Spécialistes en oto-laryngologie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Électronystagmographie.....	C	2036	15	
<p> <i>Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2036 est réservé aux spécialistes en oto-laryngologie, en ophtalmologie et en neurologie.</i></p>				
Expertise médico-légale – consultation et rapport..... (voir la règle d'évaluation 2)			CS	
Amygdalectomie +/- adénoïdectomie				
– moins de 16 ans	D	240	100	4
– adulte	D	241	133	4
Adénoïdectomie.....	C	242	76	4

 *Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 240 à 242 sont réservés aux spécialistes en oto-laryngologie.*

Spécialistes en pédiatrie

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	93	134*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	94	51

Visites au cabinet - première visite comportant un

examen complet.....	85	38
Première visite comportant un examen spécifique.....	86	29*
Visite subséquente exigeant un examen complet - autorisée une fois par période de 30 jours (Code à n'utiliser que pour le traitement d'enfants souffrant de troubles de santé majeurs chroniques. Un diagnostic pathologique spécifique doit être donné.)	90	76
Soins d'un bébé normal comportant un examen et les instructions relatives aux soins de santé	89	29*
Autres visites au cabinet.....	87	25

Injections

Vaccination comprendra le tarif de plateau, (maximum de 2 à 100%) Payable en plus du tarif le même jour de la consultation jour de la visite au bureau	C	8102	8
Vaccination le tarif de plateau (tarif maximum) Non payable en plus du tarif de la visite au bureau	C	8103	13

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2451	94
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2453	23
– après 30 jours, par jour.....	2455	15
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la		

Spécialistes en pédiatrie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
description du service à la page 4/6)		8305	87	
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6		68	23*	
Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.				
Présence requise à l'accouchement	A	2171	45	
Note de l'Assurance-maladie : Ce tarif est payable dans les seuls cas où le pédiatre à la demande expresse du médecin traitant prévoit des complications, ex. détresse respiratoire du nouveau-né, et n'est payé qu'une fois en cas de grossesses multiple.				
Soins du nouveau-né normal pendant les 10 premiers jours, incluant les conseils donnés aux parents.....		92	52*	
Note de l'Assurance-maladie : Un tarif de consultation ne s'applique pas aux soins du nouveau-né demandés par le médecin accoucheur, sauf quand une consultation est demandée pour des raisons médicales avec documents à l'appui.				
Soins du prématuré - première visite comportant un				
examen complet.....		243	56	
Par la suite, jusqu'à 3 semaines, par semaine.....		244	56	
Les 3 semaines suivantes, par semaine		245	31	
Après 6 semaines, par visite (sans dépasser 2 visites par semaine).....		246	16	
Soins de soutien, par visite.....		2860	16	
Visite à domicile		96	40	
(Voir aussi la page 4/12)				
Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.				
Soins intensifs - il doit s'agir de services dispensés dans des unités de soins intensifs en pédiatrie ou dans des unités de soins concentrés.				
Évaluation initiale et instauration des soins		247	230*	
Tarif à la journée, par jour.....		248	45*	
Soins intensifs exigeant une surveillance exclusive Par quart d'heure (voir la description du service à la page 4/4)		237	50	
Soins de supervision.....		198	22*	
Code de transfert – soins USI (voir la description du service à la page 4/6).....		1830	87	

Spécialistes en pédiatrie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
 Note de l'Assurance-maladie : Voir la note de l'Assurance-maladie relative aux soins intensifs, à la page 4/7.				
Actes spéciaux - test de Denver	B	2172	30	
Examen neurologique expérimental dans les cas d'incapacité d'apprentissage scolaire	C	91	175	
Exsanguino-transfusion – la première.....	A	249	192	
– subséquente	A	250	100	

 **Note de l'Assurance-maladie : L'examen pour adoption n'est pas un service assuré.**

Interprétation d'EEG exécutée en sommeil à l'hôpital	B	8211	65*	
Échoencéphalographie – interprétation seulement	B	8212	25*	
Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation et la mixique	B	8213	45*	
Psychothérapie, par 15 minutes.....		2228	21	
Counseling familial, par 15 minutes		239	41*	
Discussion sur la santé d'un enfant avec un ou plusieurs membres de la famille. Ce service ne s'applique qu'au counseling pour affections graves mettant la vie en péril, des problèmes de santé chroniques majeurs, des problèmes graves de comportement ou des difficultés d'apprentissage scolaire.				
Entretien thérapeutique, par 15 minutes.....		194	41*	
Conférence d'étude de cas dans l'intérêt du patient avec des travailleurs paramédicaux, des enseignants et des membres du clergé, mais n'inclut pas le personnel hospitalier.				

 **Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 194 et 239 sont payables en plus d'autres services nécessaires qui peuvent être fournis au même patient, le même jour et doivent être facturés sous le numéro d'assurance-maladie du patient. La totalité du temps consacré doit être indiquée.**

Spécialistes en anatomo-pathologie

unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Autopsie avec rapport	CS
Simple examen microscopique de tissus d'autopsie, avec rapport	CS
Anatomopathologie chirurgicale	
Avec examen microscopique et rapport, par cas	CS
Simple examen macroscopique et rapport, par cas	CS
Consultation médico-légale avec rapport.....	CS
Consultation au cabinet.....	CS
Consultation chirurgicale avec rapport	CS
Avec coupe en congélation.....	CS
Sans coupe en congélation	CS
Examen de lames et opinion (p. ex. : tissu, frottis sanguin, frottis bactériologique, cytologie, etc.)	CS
Interprétation de frottis de moelle osseuse	
Sans ponction sternale	CS
Avec ponction sternale, etc.	CS
Examen ultramicroscopique et opinion	CS
Examen de liquide séminal	CS
Examen spécial relatif à une paternité contestée, avec rapport	CS
Analyse chromosomique avec rapport.....	CS
Rédaction de certificat fondé sur un examen antérieur...	CS

 ***Note de l'Assurance-maladie : Les services ci-dessus ne sont pas des services assurés au Nouveau-Brunswick.***

Spécialistes en psychiatrie

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	202	93*
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	287	45*

Visites au cabinet

Première visite comportant l'examen complet d'un nouveau patient qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	288	31
Première visite comportant un examen spécifique.....	289	18
Autres visites au cabinet.....	290	18

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2491	62
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	2492	18
– après 30 jours, par jour.....	2494	15
Code de transfert – soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	8308	62
Code de transfert - soins intensifs (voir la description du service à la page 4/6)	1833	62
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	98	18

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).**

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Visites à domicile..... (Voir aussi la page 4/12)	293	40
--	-----	----

Spécialistes en psychiatrie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.				
Divers - surveillance de soins en psychiatrie, par journée de traitement qui s'impose	C	298	6	
Actes spéciaux - épreuves de faradisation et de galvanisation.....	A	299	15	
Électromyographie				
Majeure – examen de muscles dans plus d'une région.....	B	302	60	
Mineure – examen d'un muscle ou d'une région spécifique.....	B	303	30	
Étude de la conduction nerveuse	B	176(1)	20	
Études de stimulation répétées dans le temps (max. 3).....	B	831	40	
Électromyographie de l'unité motrice	B	830	160	
Autres actes thérapeutiques n'excédant pas 1 heure (p.ex. : chaleur, électrothérapie à rayons lumineux, ultrasonothérapie, hydrothérapie, mécanothérapie, exercices et ergothérapie – au tarif de visite	B	304	8	
(1) Ce code est payable au plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.				

Spécialistes en chirurgie plastique

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	305	51
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	306	23

Visites au cabinet

Première visite, selon la complexité du cas et le temps en cause	307	30
Première visite comportant un examen spécifique.....	203	20
Autres visites au cabinet.....	308	18

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2461	38
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2462	17
– après 30 jours, par jour.....	2464	12
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6)	8306	36
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)	1831	36
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	80	17*

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).**

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Visites à domicile..... (Voir aussi la page 4/12)	311	40
--	-----	----

Spécialistes en chirurgie plastique (suite)

 *Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.*

Chirurgie restauratrice majeure complexe en équipe

Les spécialistes en chirurgie plastique peuvent facturer, sur une base horaire, une chirurgie restauratrice complexe, sur demande de considération spéciale (code de service 888).

Le tarif horaire est de 200 unités, et comprend toute prime qui serait autrement payable. Ce tarif s'applique autant à la chirurgie en solo qu'à des chirurgiens collaborateurs, et le paiement se fait selon le temps opératoire de chacun.

Cette rémunération particulière se limite à des actes complexes de restauration tels qu'après la résection extensive d'un cancer de la tête et du cou ou chez les grands traumatisés ou suivant des résections importantes au niveau du tronc ou des extrémités. Elle ne peut être facturée que si la chirurgie dure au moins quatre heures.

Spécialistes en psychiatrie

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	321		161*	
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	322		50	

Visites au cabinet

Première visite comportant un examen complet et incluant au besoin une évaluation psychiatrique et la rédaction de certificat.....	324		72	
Autres visites au cabinet.....	325		18	

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2471		97*	
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2472		22	
– après 30 jours, par jour.....	2474		14	
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6)	8301		80	
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)	1826		80	
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	59		22	

 **Note de l'Assurance-maladie : Pour les codes de services aux soins intensifs (voir la page 4/7).**

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.**

Visites à domicile..... (Voir aussi la page 4/12)	328		40	
--	-----	--	----	--

Spécialistes en psychiatrie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
<p> Note de l'Assurance-maladie : Ces tarifs sont payables pour la visite, médicalement requise, d'un patient à son domicile. Ils ne s'appliquent pas aux patients des foyers de soins ou établissements semblables.</p>				
Autres actes				
Électrochocs	A	333	40*	4
Psychothérapie, par quart d'heure		332	36*	
Soins psychiatriques: évaluation et traitement (autre que par psychothérapie) d'un patient par un psychiatre en vue de modifier le fonctionnement bio-psycho-social du patient, par quart d'heure.....		331	36*	
<p> Note de l'Assurance-maladie : Dans le cas d'une consultation majeure ou spécifique ou de soins le jour de l'admission à l'hôpital, les codes 331 et 332 ne s'appliquent pas à la première heure. Lorsque ces codes sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps consacré doit être indiquée. (Voir la règle d'évaluation 10). La psychanalyse n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.</p>				
Soins psychiatriques ou psychothérapie de groupe - 2 personnes ou plus, par quart d'heure		341	38	
Soins psychiatriques ou psychothérapie familiale – 2 membres ou plus de la famille reçoivent des soins au cours d'une même séance, par quart d'heure		2837	38	
<p> Note de l'Assurance-maladie : Les tarifs exacts à payer pour les soins psychiatriques et la psychothérapie de groupe et familiale sont en fonction du temps réel consacré aux patients par le praticien. Le tarif global doit être facturé sous un seul code de service et être réparti (en parts égales si possible) entre les numéros d'assurance-maladie des patients en question. La durée totale de la séance et le nombre de patients doivent être notés sur chaque facture.</p>				
Entrevue à des fins diagnostiques ou thérapeutiques avec des organismes paramédicaux, employeurs, enseignants, membres du clergé (ne s'appliquent pas aux entrevues avec des personnes qui travaillent dans les hôpitaux ou les cliniques où le psychiatre exerce); entrevues similaires avec des membres de la famille, orientation infantile en présence des parents; conférence d'évaluation avec les parents, par quart d'heure.....		340	36*	
<p> Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 340 ne peut être utilisé avec les codes 341 ou 2837 pour une même personne. Les factures relatives au code 340 doivent être présentées sous le numéro d'assurance-maladie du patient, et non sous celui des personnes qui obtiennent l'entrevue. Celles-ci, ainsi que la totalité du temps, doivent figurer sur la facture. Lorsque ces codes sont facturés, seuls ou avec d'autres services, la totalité du temps consacré doit être indiquée.</p>				

Spécialistes en pneumologie

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	8310	114*
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	8311	44

Visites au cabinet

Première visite comportant un examen complet et des explorations diagnostiques chez un nouveau patient qui n'a pas été vu au cours des 90 jours précédents	8242	45
Première visite au cabinet comportant un examen spécifique	8243	30
Visite subséquente comportant un réexamen complet	8244	30
Autres visites au cabinet	8245	21*

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	8312	66
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	8313	21*
– après 30 jours, par jour	8314	13
Soins de supervision – voir la description du service à la page 4/6	8241	21*
Autres tarifs de visite – comme pour les spécialistes en médecine interne (pages 5/16 & 17).		

Spécialistes en rhumatologie

code unités

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	8315	106*
Consultation subséquente – dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	8316	52*

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour de l'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	8317	71
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour	8318	22
– après 30 jours, par jour	8319	14
Soins de supervision – voir la description du service à la page 4/6	8342	22
Autres tarifs de visite – comme pour les spécialistes en médecine interne (pages 5/16 & 17).		

Spécialistes en urologie

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				

L'interprétation exacte des présents tarifs est impossible sans une lecture du préambule général.

Dans le cas d'un patient référé

Consultations (voir les définitions au préambule général)

Consultation majeure ou spécifique	343	55
Consultation subséquente - dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication qui en découle	345	28

Visites au cabinet

Examen d'une nouvelle affection pour la première fois, ce qui comprend les antécédents complets un examen médical complet	346	30
Première visite comportant un simple examen spécifique	347	19*
Autres visites au cabinet.....	349	19*

Les codes pour les autres visites au cabinet s'appliquent également aux consultations et aux examens qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison par exemple de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

Soins à l'hôpital

Première visite, évaluation majeure le jour d'admission, sauf lorsque le médecin a soumis le patient au cours des 30 jours précédents à une consultation majeure, à un examen complet ou à une autre évaluation majeure	2481	40
Soins subséquents – du 2 ^e au 30 ^e jour, par jour.....	2482	18
– après 30 jours, par jour.....	2484	12
Code de transfert - soins à l'hôpital (voir la description du service à la page 4/6).....	8307	36
Code de transfert - soins USI (voir la description du service à la page 4/6)	1832	36
Soins de supervision - voir la description du service à la page 4/6	97	18

 **Note de l'Assurance-maladie :** Pour les codes de service aux soins intensifs (voir la page 4/7).

 **Note de l'Assurance-maladie :** Le tarif de première visite n'est pas payable pour les patients transférés. Voir aussi les règles d'évaluation 16, 18, 19 et 24.

Visites à domicile.....	351	40
(Voir aussi la page 4/12)		

Actes chirurgicaux Préambule

En règle générale :

1. Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur un seul organe ou une seule structure fonctionnelle, on ne peut facturer que le tarif de l'acte principal, sauf indication contraire.
2. a) Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur différents organes ou structures de la même région du corps, à moins d'indication contraire dans le cahier, les actes secondaires qui sont pratiqués pour un état pathologique existant ainsi que les actes de stérilisation, sont payables à 50 % des tarifs prévus pour ces actes.
 - b) La chirurgie par incision unique implique d'ordinaire qu'elle porte sur une « même région » aux fins des présentes.
 - c) L'ablation de l'appendice, la libération d'adhérences et la destruction ou l'exérèse de petits kystes ovariens ne sont pas payables en supplément.
3. a) Quand des actes chirurgicaux multiples portent sur différentes régions du corps, les actes secondaires sont payables à 75 % des tarifs prévus pour ces actes.
 - b) De même, sauf indication contraire, les interventions bilatérales identiques sont payables en majorant de 75 % le tarif prévu pour l'intervention unilatérale.
 - c) L'accomplissement d'actes par des incisions différentes implique en général que ceux-ci portent sur des « régions différentes », mais ne constitue pas l'unique critère pour l'application de la présente règle. Ainsi, les exemples suivants portent sur une même région et sont payables à 50 %.
 1. La main ou le pied, comprenant le dos et la paume ou la plante, mais non les doigts ou orteils ni les articulations métacarpophalangiennes.
 2. La face selon la définition donnée à la page 7/3. (Les actes bilatéraux portant sur les paupières et les sourcils sont également payables à 50 %.)
 3. Le genou et les structures immédiatement contiguës.
 4. Le scrotum ou le périnée et la région anale.
4. Lorsque des actes majeurs de chirurgie comportant un tarif prévu de 350 unités ou plus sont accomplis pour un cancer (sauf un cancer in situ), le tarif du chirurgien est majoré d'une prime de 35 %.
5. Il y aurait lieu de consulter au préalable l'Assurance-maladie pour déterminer l'admissibilité d'un service envisagé chaque fois qu'il existe un doute raisonnable au sujet de l'admissibilité aux prestations. Une formule de demande a été préparée à cette fin.

L'utilisation de la nouvelle formule simplifiée est volontaire mais recommandée. Nous vous suggérons de dactylographier ou d'écrire lisiblement en lettres moulées l'information afin d'assurer un traitement efficace.

Système tégumentaire

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Peau et tissu sous-cutané

Incision

Abcès

Sous-cutané – furoncle, anthrax, kyste infecté, lymphadénite superficielle, tournoie, panaris, etc.

Anesthésie locale	C	355	20	
Anesthésie générale	C	356	31	4
Périanal ou pilonidal – anesthésie locale	C	357	20	
Anesthésie générale – soins complets	D	358	92	4
Ischiorectal – simple incision, anesthésie locale ...	C	359	20	
Décalotement – soins complets	D	360	113	4
Hématome – anesthésie locale	C	362	20	
Anesthésie générale – selon dimension et autres facteurs de complication	C	363	31	4
Frein de la langue, libération – nourrisson			TV	
Enfant – anesthésie locale	C	365	20	
– anesthésie générale	C	366	31	4
Exérèse de corps étranger ou fibrome				
Anesthésie locale	C	367	20	
Anesthésie générale	C	368	46	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Soins pré et postopératoires dans les cas ci-dessus au tarif de visite sauf indication contraire.**

Lésions cutanées

Papillomes, naevi, taches, kystes sébacés et autres lésions ou tumeurs bénignes de la peau ou du tissu sous-cutané.

- Exérèse par procédés non chirurgicaux tels que électrocautérisation, curetage, cryothérapie (tarif total)	C	2089	20	4
- Biopsie par excision ou excision totale (max. 3 par jour)	C	369	31	4
- Biopsie diagnostique à l'emporte-pièce	A	837	27	

 **Note de l'Assurance-maladie : Depuis le 15 septembre 1994, l'exérèse de lésions cutanées mineures n'est plus un service assuré, sauf lorsque l'on soupçonne un cancer. Dans d'autres situations d'interventions médicalement nécessaires, on peut présenter une demande pour considération spéciale, notamment.**

A Services admissibles à l'Assurance-maladie

1. L'exérèse de lésions reconnues comme comportant un risque important susceptible d'entraîner des lésions malignes, soit, par exemple, des neurofibromatoses (maladie de Von Recklinghausen) et des kératoses chez les patients soumis à des dialyses d'entretien.

Système tégumentaire (suite)

2. L'exérèse de lésions cutanées bénignes, qui, en raison de leur emplacement ou de leur taille, provoquent des saignements fréquents répétitifs ou des infections répétitives ne pouvant faire l'objet d'un traitement non chirurgical.

B Services non admissibles à l'Assurance-maladie

1. L'excision de lésions cutanées bénignes ne comportant aucun risque de se transformer en lésions malignes (par exemple les verrues communes, les acrochordons, les papillomes, les kystes sébacés).
2. L'irritation chronique en elle-même ne constitue pas habituellement un exemple d'intervention médicale nécessaire aux fins de l'Assurance-maladie. On peut présenter des demandes d'approbation préalable à l'Assurance-maladie dans les cas particuliers ou inhabituels.

 **Note de l'Assurance-maladie : Les actes médicaux comportant des points de suture pour fermer un défaut incluent également le suivi nécessaire pour enlever les points de suture.**

	liste	code	unités gen	unités an
Lipome				
- simple	C	378	52	4
- compliqué	D	379	CS	4
Lésions cancéreuses de la peau				
- Excision et réparation	C	370	54	4
- Excision et réparation compliquées ou importantes, selon le siège de la lésion.....	C	371	CS	4
Avant les greffes cutanées.....	C	373-374	(p. 20/4)	

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures d'Assurance-maladie comportant le code 379 ou 371 doivent préciser : lésion, dimension, siège, etc.**

Excision de kyste dermoïde, face.....	D	1756	115	4
Verrue plantaire –simple, sous-cutané, soins complets ..	C	384	38	4
Névrome – simple, sous-cutané.....	C	380	38	4
Névrome de Morton – excision.....	D	2811	77	4
Sinus pilonidal – excision simple et/ou marsupialisation	D	372	154	4
Ongle de doigt ou d'orteil – ablation simple.....			TV	
Résection de portion d'ongle, chair sous-jacente ou matrice.....	C	376	38	4
Ablation d'ongle incluant destruction de matrice unguéale et raccourcissement de phalange	C	377	77	4
Introduction				
Implantation de comprimés d'hormones.....	C	385	38	

 **Note de l'Assurance-maladie : Les actes médicaux comportant des points de suture pour fermer un défaut incluent également le suivi nécessaire pour enlever les points de suture.**

Système tégumentaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Suture				
Face – 5 premiers cm.....	D	2227	46	5
Plus de 5 cm.....	D	2487	72	5
Suture compliquée	D	387	CS	6

 **Note de l'Assurance-maladie : La face, aux fins des présentes consiste en la région située au-dessus de l'angle mandibulaire, en avant des oreilles et jusqu'au cuir chevelu (non compris).**

Autres régions – 5 premiers cm	D	99	23	4
Plus de 5 cm.....	D	2488	38	4
Suture compliquée	D	387	CS	6

 **Note de l'Assurance-maladie : En règle générale, les fractures comportant le code 387 pour des lacérations de plus de 10 cm sont évaluées à raison de 72 unités pour les 10 premiers cm, dans le cas des lacérations faciales plus 5 unités par cm additionnel ou à raison de 38 unités dans le cas des autres régions plus 3 unités par cm additionnel.**

Dans le cas des lacérations intéressant et la face et d'autres régions, les lacérations faciales sont d'abord évaluées de la façon indiquée ci-dessus, les autres régions étant évaluées en ajoutant 3 unités par cm de leur longueur totale. Les factures comportant le code 387 ne sont pas acquittées à moins que des mesures exactes soient indiquées pour chaque endroit.

 **Note de l'Assurance-maladie : La réparation de lacérations comprend les visites de suivi pour enlever les points de suture.**

Révision

Excision ou révision de cicatrices (à des fins non cosmétiques)	D	2489	CS	5
---	---	------	----	---

Destruction

Dermabrasion – siège unique, p. ex. : cicatrice traumatique	C	390	95	6
Voir aussi les actes de chirurgie plastique, page 20/5.				

Tendons, glandes tendineuses, aponévroses

(Voir les pages 8/14 à 8/16)

Opérations du sein

Incision

Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes – incluant les soins pré et postopératoires.....	D	404	62	4
Incision subséquente	D	405	62	4
Aspiration de kyste du sein.....	A	1900	15	

Système tégumentaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision				
Biopsie, lésion du sein, incluant la biopsie par aspiration à l'aiguille fine	B	2450	35	4
Exérèse simple de masse, biopsie par excision ou mastectomie partielle	B	407	112	4
Avec évidence de ganglions axillaires	D	2924	438	6
Mastectomie – simple ou sous-cutanée	D	408	185	5
– radicale ou radicale modifiée	D	409	438	6
Mastectomie, mâle – simple	D	410	92	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code 408 est payable pour un patient de sexe masculin uniquement s'il est âgé de moins de 18 ans ou pour un diagnostic ou une pathologie liés à des tumeurs. Autrement, on doit facturer le code 410 pour tout autre service requis pour raison d'ordre médical.**

Mastectomie : Voir le préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.

Réparation : Voir les actes de chirurgie plastique, page 20/7.

Appareil musculo-squelettique

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Préambule

1. Les greffes osseuses associées à une arthrodèse ne sont pas payables en supplément.
2. Les tarifs des actes englobent l'exercice de dispositifs d'ostéosynthèse pendant la période postopératoire déterminée, à moins qu'elle ne soit motivée par des complications.
3. Les tarifs des luxations, fractures et autres actes musculo-squelettiques majeurs comprennent l'application préopératoire d'attelles, la première application et un renouvellement de plâtre ou d'une attelle, ainsi que l'enlèvement de tout plâtre et attelle pendant la période postopératoire déterminée.
4. Le tarif d'application de plâtre ou d'une attelle comprend l'enlèvement pendant la période postopératoire déterminée.
5. Sauf indication contraire, un tarif de fracture s'applique aussi à une fracture-luxation.
6. Les tarifs de manipulation ne sont pas payables en plus des tarifs de fracture ou luxation.
7. Les tarifs de réduction fermée comprennent la traction cutanée ou osseuse.
8. Les réductions fermées exigeant une immobilisation osseuse externe sont payables au tarif des réductions chirurgicales.
9. Le tarif du traitement d'une fracture ouverte n'exigeant pas de réduction chirurgicale s'élève à une fois et demie le tarif d'une réduction fermée. Si une réduction chirurgicale est nécessaire, seul le tarif de réduction chirurgicale s'applique.
10. Quand une réduction fermée est suivie le même jour d'une réduction chirurgicale ou d'un transfert, la réduction fermée est payable à 75 % sauf si elle est accomplie par le même médecin; dans ce cas, seul un tarif de plâtre est payable.

Table

(I)	<u>Plâtres et attelles</u>	8/2-3
(II)	<u>Os</u>	
	a) Incision – biopsies	8/3
	– ostéomyélite	8/3
	– ostéotomies	8/3
	b) Excision – actes généraux.....	8/3-4
	– ostectomies	8/4
	c) Réparation et reconstruction – ostéoplastie.....	8/4-5
	– greffe osseuse .	8/5
	d) Fractures – actes généraux	8/5

Appareil musculo-squelettique (suite)

– membre supérieur.....	8/5-8/7
– membre inférieur.....	8/7-8/8
– tronc.....	8/8
e) Crâne et os de la face.....	8/8-8/10
(III) <u>Articulations</u>	
a) Manipulation.....	8/10
b) Luxation.....	8/10-11
c) Incision – arthroscopie.....	8/11-12
– arthrotomie.....	8/12
d) Excision.....	8/12-13
e) Arthroplastie reconstructive.....	8/13-14
f) Arthrodèse.....	8/14
(IV) <u>Tendons, aponévroses, ligaments</u>	8/14-8/16
(V) <u>Bourses séreuses</u>	8/16
(VI) <u>Muscles</u>	8/16-8/17
(VII) <u>Amputations</u>	8/17-18

Plâtres et attelles

 **Note de l'Assurance-maladie : Les écharpes ne sont pas payables selon les codes des plâtres ou des attelles; elles sont plutôt comprises dans les tarifs de visite ou de consultation.**

	liste	code	unités gen	unités an
Plâtres – membre supérieur.....	D	516	23	4
Spica de l'épaule.....	D	515	77	4
Pied bot, plâtre ou bandage adhésif – unilatéral.....	C	520	23	4
– bilatéral.....	C	521	38	4
Membre inférieur.....	D	517	31	4
Pansement plâtre après amputation, en supplément...	D	2594	77	UD
Prothèse immédiate, en supplément.....	D	2595	77	UD
Spica de la hanche.....	D	518	77	4
Plâtre – bretelle pour fracture, en supplément.....	D	2596	77	UD
Corset plâtré.....	D	519	77	4
Minerve.....	D	514	77	4
Enlèvement de plâtre (non payable pendant la période postopératoire).....			TV	
Attelles ou bandages de stabilisation				
Main, poignet.....	A	2138	23	
Coude.....	A	2139	23	
Épaule.....	A	2140	31	
Sous le genou, incluant le pied.....	A	2142	23	
Toute la jambe, mi-cuisse jusqu'aux orteils.....	A	2141	31	
Corset plâtré.....	A	2144	38	
Cou.....	A	2143	23	
Application d'appareillage d'immobilisation externe				

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
sans rapport avec la fracture ou le traitement d'arthrodèse.....	D	504	100	
Os				
<i>Note de l'Assurance-maladie : « Os majeur » désigne fémur, tibia, péroné, humérus, radius, cubitus, bassin, colonne vertébrale et maxillaire inférieur.</i>				
Incision				
Biopsie osseuse				
Biopsie par poinçon – vertèbre +/- contrôle radiologique	B	538	115	4
– autres os	B	2598	50	4
– avec contrôle radiologique.....	B	2599	92	4
Biopsie chirurgicale – vertèbre	B	539	231	7
– bassin	B	1961	115	4
– autres os	B	1960	77	4
Drainage d'os (ostéomyélite).....				
Incision du périoste et drainage.....	D	2250	38	4
Saucérisation et/ou séquestrectomie – os mineur ..	D	2248	115	4
– os majeur ...	D	561	231	5
Fermeture secondaire	D	2601	CS	4
Vertèbres – incision et drainage	D	2602	115	5
– séquestrectomie et/ou saucérisation	D	2603	231	5
Ostéotomie (+/- ostéosynthèse)				
Phalange, os métacarpien ou métatarsien.....	D	2041	77	4
Chaque phalange ou os additionnel	D	2605	77	UD
Cubitus	D	2606	231	4
Radius	D	2607	231	4
Radius et cubitus	D	2608	269	4
Humérus	D	528	346	5
Clavicule	D	2609	192	5
Médiotarsienne	D	2610	308	4
Calcaneum.....	D	2611	308	4
Tibia +/- péroné – enfant	D	2612	269	4
– adulte	D	2637	385	6
Fémur	D	2613	385	8
Bassin – ostéotomie innommée, opération en plateau	D	555	346	8
Vertèbre	D	2614	462	8
Excision (voir aussi « Fractures » et « Amputations »)				
Exérèse d'appareils d'ostéosynthèse	D	475	115	4
Simple incision mineure	D	1963	38	4
Exostose – os mineur	D	1998	77	4
– os majeur	D	2068	154	4

Kyste osseux, curetage et tamponnement

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Phalanges	D	2597	154	4
Os carpien ou tarsien.....	D	2615	269	4
Radius ou cubitus.....	D	2616	231	4
Humérus ou tibia.....	D	598	269	5
Fémur	D	599	385	6
Insertion de billes de gentamicine – os majeurs	D	833	115	4
– os mineurs	D	834	77	4
Ostectomie (voir aussi « Articulations – reconstruction »)				
Main – phalange.....	D	2617	115	4
Os métacarpien.....	D	2618	154	4
Os carpien.....	D	535	192	4
Avec remplacement prothétique	D	2619	308	4
Radius – apophyse styloïde	D	2620	154	4
– tête	D	531	154	4
– avec remplacement prothétique	D	2621	385	4
Cubitus – partie distale.....	D	534	154	4
– olécrane	D	2622	192	4
Humérus, tête.....	D	2623	308	5
Avec remplacement prothétique	D	2624	568	10
Clavicule – excision partielle ou totale	D	2830	192	5
Acromion	D	526	154	5
Pied – phalange.....	D	2626	115	4
Os métatarsien	D	2627	154	4
Oignon – simple exostectomie.....	D	587	77	4
Os scaphoïde ou os accessoire.....	D	2628	192	4
Arcade tarsienne.....	D	2629	308	4
Astragale	D	2630	269	4
Rotule – excision partielle	D	571	265	4
– excision complète	D	572	303	4
Hanche – tête et col du fémur (Girdlestone).....	D	558	308	8
Coccygectomie.....	D	440	154	4
Vertèbre – neurapophyse avec exploration de nerf (opération de Gill)	D	2727	539	8
Réparation et reconstruction (ostéoplastie)				
Raccourcissement d’os mineur	D	2631	115	4
Chaque os additionnel.....	D	2632	75 %	UD
Raccourcissement du radius et du cubitus.....	D	2633	269	4
Raccourcissement de l’humérus, du tibia ou du fémur	D	564	423	8
Allongement du tibia ou du fémur	D	565	539	8
Épiphysiodèse ou verrouillage – tibia ou fémur.....	D	582	231	5
– tibia et fémur.....	D	583	308	5

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Décollement de l'épiphyse – ostéosynthèse.....	D	556	385	8
Ostéotomie en coin plus ostéosynthèse	D	557	462	8
Grefe osseuse				
Grefe osseuse non associée à une arthrodèse, en supplément	D	2634	35 %	UD
Note de l'Assurance-maladie : Une greffe osseuse comprend l'extraction d'os d'un champ opératoire différent; en conséquence, elle ne s'applique pas au remplissage avec des fragments ou du tissu osseux provenant du même champ opératoire.				
Exérèse osseuse chez un cadavre pour allogreffes –				
au fémur	D	603	269	
– au tibia +/- au péroné	D	604	231	
Fractures				
Traitement initial par traction avant réduction chirurgicale	C	2017	38	
Utilisation d'appareil de compression de type AO – à ajouter au tarif de la réduction chirurgicale	C	2018	46	UD
Insertion de dispositifs de traction ou immobilisation squelettique crânienne	D	1541	250	5
– avec appareil Halo (inclut les réglages).....	D	2946	375	5
Réinsertion de dispositifs de traction ou immobilisation squelettique crânienne	D	2947	96	5
Stimulateur osseux, comprenant l'application d'électrodes (en cas d'exécution associée à une ostéotomie, pose de plaque ou greffe : payable à 50 %).....	D	1972	231	4
Membre supérieur				
Phalanges				
Phalangette – sans réduction, une ou plusieurs.....	D	2648	31	
– réduction fermée.....	D	2649	62	4
– réduction chirurgicale	D	2650	115	4
Phalangine ou phalange – sans réduction, une ou plusieurs	D	2651	31	
Réduction fermée	D	2652	62	4
Réduction chirurgicale	D	2653	115	4
Chaque fracture additionnelle.....	D	2654	75 %	UD
Fracture–luxation de Bennett – réduction fermée..	D	2655	77	4
Réduction chirurgicale	D	2656	154	4
Os métacarpiens – sans réduction, un ou plusieurs	D	2657	31	
Réduction fermée	D	2658	62	4
Réduction chirurgicale	D	2659	115	4
Chaque fracture additionnelle.....	D	2660	75 %	UD
Os carpiens, sauf le scaphoïde				

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Sans réduction, un ou plusieurs	D	2661	77	
Réduction fermée	D	2662	77	4
Réduction chirurgicale	D	2663	192	4
Os scaphoïde – sans réduction	D	2664	92	
– réduction chirurgicale	D	2665	269	4
– excision partielle ou complète	D	2666	192	4
Radius ou cubitus – sans réduction	D	2672	62	
– réduction fermée	D	2673	115	4
– réduction chirurgicale	D	2674	231	4
Radius et cubitus– sans réduction	D	2675	62	
Réduction fermée	D	2676	115	4
Fracture de Monteggia de Galeazzi	D	2677	115	4
Réduction chirurgicale	D	2678	269	4
Fracture de Monteggia de Galeazzi	D	2679	269	4
Radius, tête ou col – sans réduction	D	2680	92	
– réduction fermée	D	2681	115	4
– réduction chirurgicale	D	2682	154	4
Olécrâne – sans réduction	D	2683	62	
– réduction fermée	D	2684	62	4
– réduction chirurgicale	D	2685	192	4
Humérus, épicondyle et condyle internes ou latéraux				
Sans réduction	D	2686	77	
Réduction fermée	D	2687	154	4
Réduction chirurgicale	D	2688	269	4
Humérus, fracture sus ou transcondylienne – sans				
réduction	D	2689	62	
Réduction fermée	D	2690	154	4
Avec traction	D	2604	154	4
Réduction chirurgicale	D	2691	303	6
Humérus, diaphyse – sans réduction	D	2692	77	
– réduction fermée	D	2693	154	4
– réduction chirurgicale	D	2694	269	5
– clous verrouillés intramédullaires	D	1839*	350	6
Humérus, tubérosité – sans réduction	D	2695	77	
– réduction fermée	D	2696	154	4
– réduction chirurgicale	D	2697	269	6
Humérus, col – sans réduction	D	2698	77	
– réduction fermée	D	2699	154	4
– réduction chirurgicale	D	2700	269	6
Humérus, col avec luxation de la tête de l'humérus				
Réduction fermée	D	2701	154	4
Réduction chirurgicale	D	2702	303	6
Omoplate – sans réduction	D	2703	46	
– réduction fermée	D	2704	154	4
– réduction chirurgicale	D	2705	269	5

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Clavicule – sans réduction.....	D	2706	46	
– réduction fermée	D	2707	77	4
– réduction chirurgicale	D	2708	192	5
Membre inférieur				
Phalanges				
Phalangette – sans réduction, une ou plusieurs.....	D	2709	31	
– réduction fermée.....	D	2710	62	4
– réduction chirurgicale.....	D	2711	115	4
Phalangine ou phalange – sans réduction, une ou plusieurs	D	2712	31	
Réduction fermée	D	2713	62	4
Réduction chirurgicale	D	2714	115	4
Chaque fracture additionnelle.....	D	2715	75 %	UD
Os métatarsiens – sans réduction, une ou plusieurs	D	2716	31	
Réduction fermée	D	2717	62	4
Réduction chirurgicale	D	2718	115	4
Chaque fracture additionnelle.....	D	2719	75 %	UD
Os tarsiens, sauf le calcanéum				
Sans réduction, une ou plusieurs	D	2720	77	
Réduction fermée	D	2721	154	4
Réduction chirurgicale	D	2722	269	4
Calcaneum – sans réduction	D	2723	77	
Réduction fermée	D	2724	154	4
Réduction chirurgicale	D	2725	269	4
Avec arthrodèse primaire.....	D	2726	385	4
Chevilles – sans réduction.....	D	2728	62	4
Malléole interne – réduction fermée.....	D	2729	77	4
– réduction chirurgicale.....	D	2730	192	4
Malléole externe – réduction fermée	D	2731	62	4
– réduction chirurgicale	D	2732	192	4
Bi ou trimalléolaire – réduction fermée	D	2733	154	4
– réduction chirurgicale.....	D	2735	231	4
Péroné – sans réduction.....	D	2736	54	
– réduction fermée	D	2737	54	4
– réduction chirurgicale	D	2738	192	4
Tibia +/- péroné – sans réduction	D	2739	77	
Réduction fermée	D	2740	154	4
Avec traction	D	2734	251	4
Réduction chirurgicale	D	2741	269	4
Clous verrouillés intramédullaires.....	D	1840*	350	6
Rotule – réduction fermée	D	2742	77	4
– réduction chirurgicale	D	2743	265	4
– patellectomie – partielle	D	2744	265	4
– totale	D	2745	303	4

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Fémur, diaphyse ou fracture transcondylienne				
Réduction fermée – enfant	D	2748	192	4
– adulte	D	2749	269	4
Réduction chirurgicale	D	2750	385	8
Clous verrouillés intramédullaires.....	D	1838*	450	8
Fémur, col ou fracture intertrochantérienne				
Réduction fermée	D	2752	269	4
Réduction chirurgicale, enclouage à l'aveuglette (p. ex. : Smith-Peterson, Knowles)	D	2753	350	8
Réduction directe avec ostéosynthèse (p. ex. : vis et plaque latérale de compression).....	D	2754	510	8
Fémur, tête – remplacement prothétique	D	2755	568	8
Tronc				
Bassin – sans réduction – maximum	D	2756	77	
Un ou plusieurs os – réduction fermée par manipulation, suspension ou traction.....	D	2757	231	4
Réduction chirurgicale	D	2758	385	8
Cavité cotyloïde +/- luxation – réduction fermée ..	D	2759	231	4
– réduction chirurgicale, hanches.....	D	2760	432	8
– un pilier	D	2642	875	8
– deux piliers	D	2643	1250	8
Colonne vertébrale				
Coccyx, traitement non chirurgical	C	2761	TV	
Sacrum, traitement non chirurgical	C	2762	TV	
Apophyse vertébrale.....	C	2763	TV	
Exérèse chirurgicale.....	D	2764	115	8
Corps vertébral – sans réduction (plâtre en supplément).....				
Réduction fermée (plâtre, support, bretelle, etc. en supplément).....	C	2765	TV	
Réduction chirurgicale (greffe en supplément)...	D	2767	462	10
Mise en place de tiges de Harrington doubles – en supplément	D	2751	200	UD
Laminectomie de décompression et réduction chirurgicale	D	2768	462	10
Décompression cervicale antérieure +/- fusion...	D	2769	462	10
Deux niveaux	D	2746	539	10
Côtes				
Avec complication.....	D	2747	CS	
Sternum – sans réduction				
– réduction fermée	D	2772	46	4
– réduction chirurgicale	D	2773	CS	4-13

Traumatismes crâniens

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Traitement non chirurgical.....			TV	
Élévation de fracture crânienne avec enfoncement ou esquillectomie sans pénétration durale (simple)	D	414	231	10
Débridement et fermeture de blessure cranio-cérébrale ouverte avec traitement de lacération du cerveau, réparation de dure-mère, crâne et cuir chevelu	D	415	462	11
Craniectomie avec évacuation d'hématome intracrânien, extradural ou sous-dural	D	416	462	11
Cranioplastie, soit fermeture de déféctuosité crânienne avec tout matériel (métallique, plastique ou osseux)	D	417	308	11
Décompression sous-temporale	D	418	308	11

Os de la face

Fractures du maxillaire inférieur – sans réduction.....			TV	
Embrochement interdentaire et intermaxillaire.....	D	423	154	8
Réduction et immobilisation de fracture simple ou compliquée, unilatérale ou bilatérale	D	424	269	8
Enclouage squelettique, embrochement circulaire du maxillaire inférieur, embrochement d'attelles ou prothèses dentaires de Gunning.....	D	2229	231	8
Réduction chirurgicale et embrochement intermaxillaire	D	426	357	8
Les deux côtés	D	427	500	8
Incision ou résection du maxillaire inférieur				
Ostéotomie mandibulaire – malocclusion	D	2440	308	6
Bilatérale	D	1700	539	6
Prognathie et micrognathie – double résection du maxillaire inférieur – en un ou plusieurs temps.....	D	2230	616	10
Tumeurs – énucléation, résection, résection partielle du maxillaire inférieur.....	D	2231	231	10
Avec greffe osseuse	D	2232	346	10
Hémimandibulectomie	D	2233	308	10
Grefe osseuse à la mâchoire ou à la face– autologue – non autologue .	D	2234	308	10
D	D	2235	231	10
Fractures du maxillaire supérieur – sans réduction.....			TV	
Fracture de LeFort I – réduction et embrochement interdentaire incluant embrochement circulaire.....	D	2236	154	12
Immobilisation crâniofaciale externe.....	D	2237	385	12
Fracture de LeFort II et III – suspension faciale	D	428	385	12
Fracture de LeFort III compliquée, avec tamponnement antral, suspension, etc.	D	2238	462	12
Fractures d'os malaire – sans réduction.....			TV	
Élévation simple	D	2239	115	6
Réduction chirurgicale avec enclouage, broches transosseuses ou de Kirshner	D	2240	231	8

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Fractures maxillo-orbitaires – réduction chirurgicale avec antrostomie et tamponnement	D	2241	269	8
Fractures naso-orbitaires – réduction fermée	D	2242	115	6
– réduction chirurgicale	D	2243	231	7
Fractures nasales – aucune réduction			TV	
– réduction fermée	D	420	77	6
– réduction chirurgicale	D	421	154	6
Exérèse de dispositifs d’immobilisation de fractures				
Suspension faciale	D	429	100	6
Dispositif intermaxillaire.....	D	2003	38	6

 **Note de l’Assurance-maladie : L’exérèse de dispositifs n’est pas payable pendant la période postopératoire normale.**

Os de la face – autres actes

Ostéotomies – os de la face (inapplicable aux fractures)				
Os malaire (maxillaire supérieur).....	D	1703	582	15
Ostéotomie et avancement de la partie inférieure du maxillaire supérieur (LeFort I), incluant greffes osseuses.....	D	1704	582	15
Deux segments	D	1705	769	15
Trois segments ou plus	D	1706	910	15
Ostéotomie et avancement du maxillaire supérieur (LeFort III), incluant greffes osseuses	D	1707	910	20
Avancement total du maxillaire supérieur (LeFort III), incluant greffes osseuses	D	1708	1219	25
Correction d’hypertélorisme – par voie extracrânienne	D	1709	1151	25
– par voie intracrânienne ..	D	1710	1546	25
Maxillectomie – partielle ou complète.....	D	2096	500	12
Avec exentération de l’orbite.....	D	2097	650	12

Articulations

Manipulation sous anesthésie générale.....	B	2145	31	4
Avec aspiration et/ou injection.....	B	2671	46	4
Luxations – réduction				
Doigt, pouce – réduction fermée	D	507	23	4
– réduction chirurgicale	D	508	108	4
Articulation métacarpo-phalangienne	D	2774	115	4
Poignet, os carpiens – réduction fermée.....	D	505	15	4
– réduction chirurgicale.....	D	506	231	4
Coude – réduction fermée.....	D	503	54	4
– réduction chirurgicale.....	D	2775	154	4

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Épaule – réduction fermée	D	502	54	4
– réduction chirurgicale	D	2776	269	6
– réparation de luxation récidivante.....	D	525	308	6
Articulation acromio-claviculaire				
Réduction fermée	D	500	46	4
Avec immobilisation par broche	D	2777	120	4
Réduction chirurgicale +/- immobilisation par broche.....	D	501	192	5
Articulation sterno-claviculaire– réduction fermée....				
– réduction chirurgicale.....	D	2778	308	5
Orteil – réduction fermée				
– réduction chirurgicale	D	2779	23	4
– réduction chirurgicale	D	2780	108	4
Articulation tarsienne – réduction fermée.....				
– réduction chirurgicale.....	D	512	115	4
– réduction chirurgicale.....	D	513	231	4
Cheville – réduction fermée.....				
– réduction chirurgicale	D	2781	115	4
– réduction chirurgicale	D	2782	231	4
Rotule – réduction fermée.....				
– réparation de luxation récidivante	D	511	54	4
– réparation de luxation récidivante	D	2783	269	4
Genou – réduction fermée.....				
– réduction chirurgicale avec réparation de ligaments	D	1949	154	4
– réduction chirurgicale avec réparation de ligaments	D	1959	308	4
Hanche – réduction fermée				
– réduction chirurgicale	D	509	154	4
– réduction chirurgicale	D	510	308	8
Hanche, luxation congénitale				
Réduction fermée – unilatérale	D	2784	154	4
– bilatérale	D	2785	231	4
Réduction fermée avec ténotomie d'adducteur				
– un côté	D	553	231	4
– les deux côtés	D	554	308	4
Réduction chirurgicale.....				
Avec opération en plateau	D	551	385	8
Avec opération en plateau	D	552	462	8
Articulation sacro-coccygienne, traitement non chirurgical				
	C	2788	TV	
Colonne vertébrale – voir « Articulations – excision » et « Articulations – arthrodèse »				
Articulation temporo-mandibulaire				
	D	2244	23	4
Arthroscopie (+/- biopsie)				
Arthroscopie diagnostique.....	B	1962	139	6
Ménisectomie arthroscopique, genou				
– un ménisque	D	2932	355	6
– interne et externe.....	D	2933	412	6
Sutures méniscales arthroscopiques				
	D	1841	355	6
Exérèse arthroscopique de souris articulaire				
– genou	D	2934	296	6
– cheville	D	2935	258	6
– épaule	D	2936	296	6

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– coude	D	2937	258	6
Section de repli synovial	D	2938	295	6
Ostéochondrite disséquante				
– curetage	D	2939	252	6
– ostéosynthèse	D	2940	412	6
Dégagement d'aileon externe de la rotule.....	D	2941	219	6
Rasage du cartilage de la rotule.....	D	2942	210	6
Rasage d'un condyle fémoral.....	D	2943	231	6
– des deux condyles fémoraux.....	D	2944	308	6
Exérèse de corps étranger, crampons, vis ou broches	D	2945	219	6
Acte arthroscopique secondaire, même genou				
Dégagement d'aileon externe de la rotule – en supplément.....	D	1779	77	UD
Débridement du condyle fémoral interne – en supplément.....	D	1780	77	UD
Débridement du plateau tibial – en supplément.....	D	1781	77	UD
Débridement de l'articulation patello-fémorale - en supplément.....	D	1782	77	UD
Section de repli synovial – en supplément.....	D	1783	77	UD

 **Note de l'Assurance-maladie : Un seul acte secondaire, codes de service 1779-1783, est payable en plus d'un acte arthroscopique principal au même genou.**

Incision (arthrotomie, exploration, débridement,
exérèse de souris articulaire)

Doigt	D	2790	108	4
Orteil	D	2791	108	4
Poignet	D	2792	154	4
Coude	D	532	154	4
Épaule	D	2793	192	6
Cheville	D	1967	154	4
Genou	D	570	192	4
Hanche	D	547	269	8

Excision

Kyste arthrosynovial.....	D	398	77	4
Capsulectomie, capsulotomie, synovectomie, articulation digitale ou métacarpo-phalangienne...	D	2796	192	4
Chaque articulation additionnelle, même doigt.....	D	2797	50 %	UD
Synovectomie, poignet +/- excision de la tête du cubitus.....	D	2798	269	4
Kyste poplité du genou (Baker).....	D	575	192	4
Méniscectomie, genou – un ménisque	D	568	251	4
– interne et externe.....	D	569	308	4
Synovectomie, genou	D	2005	231	4
Ostéochondrite disséquante – curetage	D	2800	251	4
– ostéosynthèse.....	D	2801	308	4

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Névrectomie, hanche	D	559	269	4
Discoïdectomie – lombaire	D	542	385	8
Dorsale – par voie postérieure	D	1596	539	10
– par voie transthoracique	D	2370	539	13
Cervicale – par voie postérieure	D	2802	462	10
– par voie antérieure	D	2600	462	10
Tout niveau – répétition	D	2647	539	8-13
– deux ou plus	D	2803	539	8-13
Méniscectomie, articulation temporo- mandibulaire	D	2245	154	6
Condylectomie	D	2246	231	6
Arthroplastie reconstructive (voir aussi « Ostectomie »)				
Articulation de doigt ou pouce, incluant synovectomie et prothèse silastique	D	2317	192	4
Chaque articulation additionnelle, maximum 539 unités	D	2318	77	UD
Remplacement d'os carpien	D	2619	308	4
Poignet – remplacement de la tête du cubitus	D	1755	385	4
– remplacement radiocarpien	D	2804	385	4
– remplacement total	D	2799	539	4
Coude – remplacement de la tête du radius	D	2621	385	4
– remplacement total	D	2625	462	4
Épaule – remplacement total	D	2805	568	10
Révision de remplacement par arthroplastie de l'épaule, en supplément	D	8402	40 %	10
Articulation acromio-claviculaire	D	2806	192	4
Orteil, incluant Keller, McBride (voir aussi « Ostectomie »)	D	585	192	4
Ostéotomie de Mitchell ou opération de Lapidus ..	D	2829	269	4
Orteil en marteau	D	588	115	4
Chaque orteil additionnel, l'un ou l'autre pied..	D	589	77	UD
Chevauchement du petit orteil	D	2807	115	4
Opération de Hoffmann pour arthrite rhumatoïde	D	2808	385	4
Cheville – remplacement total	D	2809	462	6
Genou – hémiarthroplastie – un compartiment	D	1979	308	6
– deux compartiments	D	1997	377	6
– remplacement total	D	1978	611*	11*
Révision d'arthroplastie de remplacement du genou, en supplément	D	8403	40 %	10
Hanche – prothèse fémorale	D	2786	568	8
Arthroplastie acétabulaire	D	2787	539	10
Remplacement total	D	2004	682	13*
Révision d'arthroplastie de remplacement, en supplément	D	2789	40 %	12

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Note de l'Assurance-maladie : Les actes secondaires associés aux remplacements ou aux révisions de la hanche qui sont payables à 50 % sont les suivants : exploration du nerf sciatique (code 1490), ostéotomie du fémur (code 2613), réduction ouverte avec ostéosynthèse du fémur (code 2754) et arthroplastie acétabulaire (code 2787).				
La ténoplastie (codes 2309 et 2310) accomplie par des incisions distinctes est payable à 75 %.				
« Enlèvement » seulement (isolée) de prothèse				
– non cimentée	D	8400	420	8
– cimentée	D	8401	524	8
Arthrodèse (fusion)				
Doigt, pouce	D	2813	154	4
Poignet	D	533	308	4
Coude	D	530	308	4
Épaule	D	523	385	6
Pied – arthrodèse médiotarsienne, sous-astragaliennne, triple	D	592	385	4
– panarthrodèse astragaliennne	D	593	462	4
Cheville	D	584	346	4
Genou	D	574	346	4
Hanche	D	548	462	8
Articulation sacro-iliaque	D	546	308	7
Colonne vertébrale – simple fusion	D	541	462	8
Chaque espace additionnel, en supplément	D	2814	77	UD
Fusion(s) associée(s) à d'autres actes - en supplément	D	2815	115	UD
Instruments (excepté les plaques, les broches, etc.).....	D	8404*	1175	12

Note de l'Assurance-maladie : Les instruments (Tiges de Luque etc.) incluent les fractures, les actes chirurgicaux de disques, les fusions, les greffes et les corporectomies

Scoliose – par voie antérieure	D	2810	CS	9
Tiges de Harrington – correction, fusion et plâtres	D	540	900	12
Exérèse de tiges de Harrington	D	2812	192	8
Tiges de Luque – avec fusion.....	D	543	1175	12

Tendons, aponévroses, ligaments

Incision

Abcès palmaire – anesthésie locale.....	C	2635	15	
– anesthésie générale.....	C	2636	31	4
Ténosynovite aiguë, ténovaginite, soins complets	D	361	92	4
Exploration d'aponévrose, aponévrotomie.....	D	396	113	4
Aponévrotomie fermée (à l'aveuglette).....	D	2818	62	4
Aponévrotomie de quatre parties	D	397	231	4

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Exploration de tendon, gaine tendineuse (incluant drainage, exérèse de corps étranger)	D	392	92	4
Dégagement de tendons – doigt à ressort	D	394	92	4
– poignet	D	395	92	4
Ténotomie	D	2819	115	4
Excision				
Kyste de gaine tendineuse	D	2821	77	4
Tumeur de gaine tendineuse.....	D	2822	77	4
Gaine tendineuse pour tuberculose.....	D	400	231	4
Ténosynovectomie (acte isolé) – tendon extenseur....	D	2823	115	4
Tendon fléchisseur.....	D	2824	192	4
Fibrose de gaine tendineuse : de Quervain, etc	D	399	92	4
Maladie de Dupuytren, soins complets (incluant plasties en Z) – excision localisée.....	D	401	154	4
Aponévrectomie palmaire, un ou plusieurs doigts.	D	403	462	4
Avec greffe cutanée.....	D	402	550	4
Décompression du canal carpien.....	D	611	115	4
Décortication épicondylienne (épicondylite humérale)	D	1964	115	4
Réparation, reconstruction				
Suture de tendons – main, poignet, pied, cheville				
Extenseur – un	D	613	115	4
– plusieurs	D	614	231	4
Fléchisseur – un	D	615	192	4
– plusieurs	D	616	269	4
– chaque fléchisseur additionnel	D	2820	77	UD
Réparation de ligaments collatéraux.....	D	2641	192	4
Réparation peropératoire de nerf digital ou palmaire, en supplément	D	2325	115	4
Suture de nerf mineur, acte isolé	D	2324	154	4
Réparation de tendon				
Tendon du biceps, extrémité supérieure ou inférieure.....	D	619	231	5
Tendon d’Achille.....	D	618	269	4
Tendon rotulien.....	D	2825	269	4
Tendon du quadriceps.....	D	620	269	4
Ténoplastie : raccourcissement ou allongement, ténectomie, tout siège, acte isolé – un tendon.....	D	2309	115	4
Deux tendons ou plus.....	D	2310	192	4
Reconstruction du LCA +/- arthroscopie	D	822	533	6
Reconstruction de poulies de tendons fléchisseurs	D	2640	192	4
Patelloplastie	D	2638	269	4
Dégagement d’aileon externe de la rotule.....	D	2639	115	4
Contracture articulaire de la hanche.....	D	560	269	6

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Insertion de tendon silastique.....	D	2307	269	4
Insertion de tige silastique dans la gaine tendineuse d'un fléchisseur.....	D	2308	192	4
Pied bot talus				
Allongement de tendon.....	D	594	154	4
Plus capsulotomie postérieure.....	D	595	231	4
Dégagement interne et allongement de tendon.....	D	596	308	4
Dégagement tarso-métatarsien.....	D	591	250	4
Transfert, transposition de tendon, ténodèse – un tendon.....	D	2069	308	4
Chaque tendon additionnel.....	D	2070	50 %	4
Greffe tendineuse libre, acte global.....	D	617	308	4
Dégagement intrinsèque d'un doigt, acte isolé.....	D	2320	154	4
Correction de main en boutonnière.....	D	2321	154	4
Correction de main ballante.....	D	2322	154	4
Réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule.....	D	524	269	6
Décollement de l'aponévrose fémorale, allongement de la bandelette de Maissiat.....	D	1968	154	6
Transplantation vasculaire pédiculée d'un doigt, soins complets.....	D	2313	500	4
Blessures multiples à la main, p. ex. : blessures par tondeuse à gazon ou scie à chaîne intéressant plusieurs structures – soins complets incluant les actes en plusieurs temps (protocoles opératoires requis), maximum 769 unités.....	D	2316	CS	6
Réparation d'amputation traumatique de la partie distale du doigt jusqu'à l'articulation métacarpophalangienne.....	D	2006	38	4
Avec greffe cutanée libre, soins complets.....	D	2007	77	4
Avec greffe pédiculée, soins complets.....	D	2008	115	4
Ligaments				
Cheville – réparation immédiate.....	D	2667	192	4
Chaque ligament additionnel.....	D	2668	50 %	UD
– réparation tardive.....	D	2794	231	4
Chaque ligament additionnel.....	D	2669	50 %	UD
Genou – réparation immédiate.....	D	576	231	4
Chaque ligament additionnel.....	D	577	50 %	UD
– réparation tardive.....	D	2795	269	4
Chaque ligament additionnel.....	D	2670	50 %	UD
Suture méniscale – un ménisque.....	D	578	251	4
– ménisques internes et latéraux....	D	579	308	4

Bourses séreuses**Excision**

Coude – bourse olécrânienne.....	D	601	77	4
Épaule.....	D	527	154	4

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Genou – bourse prérotulienne	D	602	77	4
Hanche – bourse trochantérienne	D	2826	154	4
Muscles				
Incision				
Myotomie – épicondylite humérale.....	D	2827	115	4
Section du sterno-mastoïdien – torticolis	D	522	208	4
Section du scalène antérieur	D	605	231	4
Avec résection de côte cervicale.....	D	606	308	5
Excision				
Biopsie musculaire	B	607	38	4
Exérèse de corps étranger ou fibrome				
Anesthésie locale	D	2828	77	
Anesthésie générale	D	608	CS	4
Excision de tumeur musculaire	D	609	CS	4
Reconstruction				
Glissement du muscle gastrocnémien, unilatéral	D	1969	154	4
Quadricepsplastie	D	567	269	4
Transplantation du psoas iliaque	D	1966	385	6
Amputations				
Membre supérieur				
Main				
A l'articulation métacarpophalangienne ou partie distale				
Un doigt.....	D	629	54	4
Chaque doigt additionnel.....	D	630	38	UD
Amputation transmétacarpienne, pouce ou doigt				
– un doigt	D	627	77	4
Chaque doigt additionnel.....	D	628	38	UD
Tous les métacarpiens.....	D	626	192	4
Amputation de rayon	D	2314	192	4
Poignet, désarticulation				
Avant-bras au radius et au cubitus	D	624	231	4
Bras à l'humérus.....	D	623	231	5
Épaule, désarticulation	D	622	269	9
Amputation inter-scapulo-thoracique (avant-quart)....	D	621	462	15
Membre inférieur				
Pied				
Toute articulation ou phalange – un orteil	D	640	54	4
– chaque orteil additionnel.	D	641	38	UD

Appareil musculo-squelettique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Amputation transmétatarsienne – un orteil.....	D	637	77	4
– chaque orteil additionnel.	D	638	38	UD
– tous les orteils	D	636	192	4
Cheville (opération de Syme).....	D	635	269	4
Jambe au tibia et au péroné	D	634	231	6
Cuisse au fémur	D	633	269	6
Hanche, désarticulation	D	632	385	10
Amputation inter-pelvi-abdominale (arrière-quart)....	D	631	539	15

Système respiratoire

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				

Nez

Incision

Drainage d'abcès nasal, soins complets	D	642	59	
Drainage d'abcès de la cloison nasale, soins complets	D	643	98	4

Excision

Biopsie de tissu mou.....	B	644	54	4
Biopsie osseuse	B	645	31	
Excision de polypes des fosses nasales – un côté	B	647	77	4
Excision de polype choanal.....	D	648	54	4
Excision de fibrome rhinopharyngé.....	D	649	385	4
Excision de lésions intranasales par voie de rhinotomie latérale	D	1773	375	7
Excision de tumeur du rhinopharynx (Wilson, par voie transpalatine).....	D	2037	308	4
Rhinophyma, complète, incluant greffes cutanées au besoin	D	650	154	4
Septectomie, résection sous-muqueuse	D	651	154	4
Incluant septoplastie	D	652	192	4
Avec correction de difformité nasale	D	653	385	6

Réparation

Rhinoplastie, traitement complet, y compris septectomie et greffes au besoin	D	660	462	8
---	---	-----	-----	---

 **Note de l'Assurance-maladie : Rhinoplastie : Voir préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.**

Réduction de cornet, un ou deux côtés, comportant cautérisation, cryochirurgie ou turbinectomie	B	654	45	4
--	---	-----	----	---

Endoscopie

Rhinoscopie avec extraction de corps étranger du nez.....	B	658	15	
Sous anesthésie générale.....	B	659	31	4
Rhinopharyngoscopie.....	C	2853	36	
Traitement chirurgical de rhinite atrophique – un côté	D	661	115	4
– deux côtés	D	662	231	4
Insertion de bouton dans la cloison nasale	D	700	115	4

Manipulation

Contrôle d'hémorragie nasale primaire

Système respiratoire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Par cautérisation de la cloison nasale	B	666	15	4
Par tamponnement nasal antérieur.....	A	667	15	4
Par tamponnement nasal postérieur				
– anesthésie locale	D	668	77	
– anesthésie générale	D	670	115	4
Par cautérisation (électrique) de la cloison nasale.	B	669	31	4
Contrôle d'hémorragie secondaire – même tarif que ci-dessus				
Cathétérisme de la trompe d'Eustache pour infiltration de l'oreille moyenne	A	1922	29	

Nez – sinus accessoires

Nez

Endoscopie

Sinoscopie diagnostique – unilatérale	B	1786	92	4
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne .	B	1788	123	4
– bilatérale	B	1787	138	4
Avec biopsie +/- exérèse d'excroissance bénigne .	B	1789	185	4

Incision

Ponction antrale unilatérale.....	A	672	15	4
Sinusotomie maxillaire, antrostomie simple				
Un côté	D	673	92	4
Les deux côtés	D	674	154	4
Sinusotomie maxillaire, antrostomie simple	D	675	231	4
Sinusotomie sphénoïdale	D	676	115	4
Sinusotomie frontale, trépanation externe				
Simple	D	677	115	4
Radicale	D	678	385	4
Sinusotomie frontoethmoïdosphénoïdale externe	D	679	385	4

Excision

Ethmoïdectomie – unilatérale.....	D	656	154	4
Avec sinoscopie +/- construction d'orifice maxillaire.....	D	1790	231	4
– bilatérale	D	657	231	4
Avec sinoscopie +/- construction d'orifice maxillaire.....	D	1791	347	4
Ethmoïdectomie radicale – par voie externe.....	D	1777	300	4
– transsinusale, y compris Caldwell-Luc	D	1778	300	4
Débridement de lymphomes (structures ethmoïdes/nasales de la face)				
– lieux 3 et 5	D	823	98	5
– subséquente	D	824	74	5

Système respiratoire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Larynx				
Excision				
Laryngectomie – sans évidement cervical.....	D	680	550	10
Avec évidement cervical – unilatéral	D	681	804	14
– bilatéral	D	682	950	14
Epiglottectomie	D	683	192	10
Laryngo-fissure.....	D	684	308	6
Thyrotomie (McNaughton Keel).....	D	685	231	6
Introduction				
Intubation du larynx (acte isolé).....	C	687	23	
Endoscopie				
Laryngoscopie directe– sans biopsie.....	B	688	62	6
– avec biopsie	B	689	62	6
Laryngoscopie– avec extraction de corps étranger	D	690	115	6
– avec exérèse d’excroissance bénigne	D	691	154	6
– avec injection dans une corde vocale.....	D	692	154	6
Microlaryngoscopie, s’ajoutant au tarif de laryngoscopie	C	1728	36	UD
Réparation				
Laryngoplastie : chirurgie plastique du larynx.....	D	693	CS	7
Aryténoïdopexie (King ou Kelly).....	D	694	308	6
Laryngocèle – par voie externe.....	D	695	308	6
– par voie interne	D	696	231	6
Trachée et bronches				
Introduction				
Aspiration de la trachée chez le nourrisson (acte isolé).....	A	704	15	
Endoscopie (voir aussi les règles d’évaluation 32 et 33)				
Bronchoscopie par instrument rigide +/- biopsie	B	698	92	6
Thérapeutique, avec succion.....	B	2587	92	6
Bronchoscopie par instrument rigide				
Thérapeutique, avec extraction de corps étranger..	D	701	154	6
Dilatation de sténose	D	2588	154	6
Subséquent	D	2589	115	6
Bronchoscopie par instrument flexible +/- biopsie	B	699	92	6
Thérapeutique, incluant succion	B	2591	92	6
Bronchoscopie diagnostique par instrument flexible – biopsie par brossage de tous les segments.....	B	2590	293	6

Système respiratoire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Biopsie transbronchique du poumon par bronchoscope flexible	B	1724	112	6
Bronchoscopie avec résection palliative endobronchique de tumeur y compris au laser ou par cryothérapie – en supplément	B	731	54	UD
Incision				
Trachéostomie	D	697	185	6
Changement de tube de trachéostomie			TV	
Création d'une fistule trachéo-oesophagienne	D	702	154	4
Insertion d'une prothèse vocale.....	B	703	20	4
Excision				
Résection segmentaire de la trachée cervicale	D	2485	600	24
Résection de la trachée médiastinale par sternotomie ou thoracotomie	D	2486	700	24
Réparation				
Traumatisme de la trachée				
Trachéorrhaphie – cervicale	D	706	150	6
– intrathoracique	D	2490	308	13
Fermeture de trachéostomie ou de fistule trachéale ...	D	707	115	6
Fermeture de fistule trachéo-oesophagienne.....	D	708	593	13
Trachéoplastie : chirurgie plastique de la trachée	D	705	CS	13
Paroi thoracique et médiastin				
Endoscopie				
Thoracoscopie +/- biopsie	B	735	92	6
Médiastinoscopie	B	713	185	6
Médiastinopleuroscopie	B	2509	254	6
Incision				
Médiastinotomie avec drainage.....	D	709	308	12
Excision				
Tumeur de la paroi thoracique intéressant côtes ou cartilage.....	D	711	385	12
Avec reconstruction prothétique de la paroi thoracique.....	D	2507	539	12
Tumeur de médiastin.....	D	712	700	12
Médiastinotomie antérieure.....	D	2508	254	6
Réparation				
Reconstruction de thorax en entonnoir.....	D	710	625	12
Refermeture du sternum	D	820	154	10
Collapsothérapie, thoracoplastie – en un temps	D	714	308	10

Système respiratoire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– en plusieurs temps, chacun.....	D	715	185	10
Opération de Schede.....	D	716	370	5
Pneumolyse – intrapleurale	D	717	139	5
– extrapleurale	D	718	231	5
Apicolyse – intrafasciale ou extrafasciale	D	719	231	5
– extrapleurale	D	720	231	5
Pneumothorax – le premier	C	721	23	
– subséquent.....	C	722	12	5
Phrénicotomie	D	723	92	5

Poumons et plèvre**Incision**

Thoracostomie avec tube étanche				
Pneumothorax ou effusion	B	724	38	4
Drainage d'empyème, soins subséquents en supplément	C	725	115	6
Drainage d'abcès pulmonaire.....	D	726	277	13
Thoracotomie – exploratrice, incluant biopsie et/ou exérèse de corps étranger	D	727	277	13
Avec réparation de fistule pulmonaire.....	D	2495	CS	13
Avec contrôle d'hémorragie (inclut l'hémorragie postopératoire).....	D	2496	277	13
Avec talcage.....	D	2499	462	15
Avec décortication pulmonaire– partielle	D	2498	462	15
– totale	D	2497	539	15
Avec décortication et fermeture de fistule broncho-pleurale par greffe musculaire.....	D	2500	539	15
Biopsie chirurgicale de la plèvre ou du poumon.....	D	728	277	13

Excision

Pneumonectomie	D	729	625	13
Lobectomie totale ou segmentaire	D	730	625	13
Avec décortication concomitante.....	D	2505	639	15
Résection en coin, unique ou multiple	D	732	450	13
Avec pleurectomie	D	779	639	13
Résection en manchon avec lobectomie.....	D	2506	616	13
Pleurectomie, tout genre (acte isolé)	D	733	462	15
Résection de bulles et pleurodèse.....	D	734	462	15
Avec pleurectomie	D	782	639	15

Appareil cardio-vasculaire

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				
Veines				
Réparation				
Veine périphérique majeure	D	1970	154	5
Avec greffe	D	1971	231	5
Anastomose veineuse				
Portocave	D	737	850	10
Splénorénale – proximale	D	738	850	10
– distale	D	2510	900	10
Mésentéricocave +/- greffe.....	D	739	850	10
Résection de fistule ou anévrisme artérioveineux +/- greffe	D	740	CS	10
Création de fistule artérioveineuse	D	741	277	8
Révision, inversion ou fermeture de fistule artérioveineuse	D	783	114	8
Insertion ou enlèvement d'un pontage veineux/péritonéal (Denver)	D	840	254	8
Suture				
Déblocage d'une dérivation.....	D	2511	75	6
Ligature – veine jugulaire, interne	D	742	115	10
Veine fémorale	D	743	116	5
Veine cave inférieure, ligature ou plicature.....	D	744	308	10
Insertion de dispositifs transveineux spéciaux.....	D	2512	150	10
Veine poplitée	D	745	115	5
Saphènes	C	746	38	4
Excision, ligature, injection				
Injection – unique	C	747	8	4
– multiple lors de la même séance	C	748	15	4
Ligature étagée – une jambe.....	D	749	92	4
Ligature, saphène interne, crosse de la saphène interne – une jambe	D	750	92	4
Ligature, saphène interne – une jambe avec tringlage Avec basse ligature étagée – ligature de veines perforantes.....	D	751	139	4
.....	D	752	154	4
Ligature et tringlage – saphène externe	D	753	77	4
Saphènes interne et externe – une jambe.....	D	754	192	4
Avec basse ligature étagée	D	2178	231	4
Haute ligature – bilatérale avec tringlage	D	755	231	4
Avec basse ligature étagée	D	756	269	4
Saphènes interne et externe bilatérales – haute ligature et tringlage	D	757	308	4
Avec basse ligature étagée.....	B	2177	385	4

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Récidive de veines variqueuses compliquées.....	D	758	CS	4
Excision d'ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
– une jambe.....	D	759	192	4
– les deux jambes.....	D	760	308	4
Actes ci-dessus plus sympathectomie – en supplément.....	D	761	115	6
Excision d'ulcère variqueux et greffe cutanée				
– une jambe.....	D	762	123	4
– les deux jambes.....	D	763	185	4
Ligature sous-fasciale.....	D	764	231	4
Avec éveinage.....	D	765	308	4
Thrombectomie iliaque ou fémorale.....	D	766	385	8

Artères**Introduction**

Introduction percutanée ou insertion de canule pour artériographie, chimiothérapie par perfusion, etc. .			(page 22/1)	
Perfusion d'une région isolée – iliaque.....	D	2516	385	10
– périphérique ou axillaire .	D	2517	300	10

Incision

Artériotomie ou biopsie de l'artère temporale.....	B	767	54	4
Aortotomie.....	D	768	115	10
Ponction artérielle.....	A	769	15	4
Insertion de canules artérielles – payable en plus des soins à la journée dans les unités de soins intensifs.....	A	778	30	
Section transversale d'artère – périphérique.....	D	770	115	4
Intra-abdominale ou intrathoracique.....	D	771	154	10
Embolectomie – aortique.....	D	789	539	17
Embolectomie ou thrombectomie				
Bifurcation aorto-iliaque ou greffon.....	D	2532	350	17
Iliaque ou fémorale.....	D	790	385	10
Mésentérique.....	D	791	462	10
Rénale.....	D	792	462	10
Autre artère périphérique ou greffon.....	D	2541	300	10

Suture

Suture de lacération d'artère majeure d'un membre ..	D	2522	231	10
--	---	------	-----	----

Ligature

Ligature d'artère.....	C	2518	77	4
Artère maxillaire interne (procédé Caldwell-Luc).....	D	2519	340	10
Artère ethmoïdale antérieure – épistaxis.....	C	808	77	4
Ligature de la carotide, région cervicale.....	D	1566	308	15
Artère iliaque interne (un côté ou les deux).....	D	2520	231	7

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision et/ou réparation (la réparation d'une artère comporte endartériectomie et/ou greffe par pontage et comprend thrombo/ embolectomie de vaisseaux dans la même région ou par la même incision).				
Excision du glomus carotidien – unilatérale	D	2521	150	10
Tumeur du corps carotidien.....	D	794	462	15
Endartériectomie carotidienne	D	1973	700	15
Anévrisme carotidien – reconstruction ou excision avec greffe.....	D	2523	462	15
Reconstruction de la crosse de l'aorte – innominée, sous-clavière et/ou vertébrale	D	2525	539	15
– par thoracotomie, en supplément	D	2526	139	UD
– avec rupture, en supplément	D	798	165	UD
Anévrisme d'artère sous-clavière – reconstruction ou excision avec greffe	D	2527	462	15
Anévrisme de l'aorte thoracique – réparation ou excision avec greffe – aorte ascendante.....	D	773	1120	45
– crosse	D	774	1322	45
– descendante +/- dérivation temporaire.....	D	2528	1066	CS
– avec rupture, en supplément	D	798	165	UD
Anévrisme thoraco-abdominal	D	799	CS	CS
Anévrisme de l'aorte abdominal	D	775	925	17
Plus implantation d'une branche importante ou reconstruction des artères iliaques.....	D	2529	1070	17
Avec rupture.....	D	776	1090	20
Artère rénale – endartériectomie	D	1974	539	10
Anévrisme – reconstruction ou excision avec greffe.....	D	2536	539	10
Anévrisme de l'artère splénique – reconstruction ou excision avec greffe	D	777	385	12
Réparation de l'artère mésentérique ou coeliaque – anévrisme	D	2533	385	10
Exérèse de bandelette seulement	D	2534	385	10
Endartériectomie ou greffe	D	2535	462	10
Réparation aorto-iliaque				
Réparation de la bifurcation seulement	D	784	693	17
Plus réparation de l'artère fémorale – unilatérale	D	2530	743	17
– bilatérale.....	D	2531	900	17
Réparation d'artère iliaque	D	785	539	17
Greffe iliofémorale par pontage	D	2537	500	17
Réparation d'artère fémorale/fémorale profonde (acte isolé)	D	2538	385	10
Profonde-plastie étendue	D	2524	575	10
Greffe axillo-fémorale ou fémoro-fémorale.....	D	2339	539	12
Greffe aorto-fémorale unilatérale.....	D	2340	539	17

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Endartériectomie et/ou greffe par pontage (synthétique) fémoro-poplitée	D	2539	539	10
Anévrisme fémoral ou poplité – excision, reconstruction ou ligature	D	780	385	10
Avec greffe	D	781	539	10
Endartériectomie et/ou greffe par pontage (synthétique) fémoro-anté/post-tibiale.....	D	2179	575	10
Greffe veineuse fémoro-poplitée/tibiale.....	D	786	700	10
Pontage artériel in situ par veine saphène				
– Fémoro-poplité.....	D	787	945	10
– Fémoro-tibial ou fémoro-péronéal (trifurcation)	D	795	1135	10
– Fémoro-pédal	D	796	1300	10
Greffe veineuse inversée par pontage distal avec implantation de veine du mi-mollet	D	788	945	10
Artérioplastie +/- greffe en îlot.....	D	804	231	10
Autre artère périphérique – anévrisme	D	2540	300	10

Coeur et péricarde**Préambule – cathétérismes cardiaques**

- a) Les honoraires pour cathétérismes thérapeutiques (codes 814 à 819, page 10/6) comprennent les cathétérismes cardiaques et coronariens et l'angiocardiographie pratiqués le même jour, sauf s'ils sont faits pour la première fois ou si plus de 30 jours se sont écoulés depuis la dernière angiographie. Dans ces cas, le code 1870 ou 1871, (page 10/5) est payable en supplément.
- b) Les honoraires pour angioplastie percutanée comprennent l'installation d'un cathéter-électrode de stimulation temporaire au cours de la même séance. Ils comprennent également toute nouvelle angioplastie effectuée dans les 2 heures qui suivent.
- c) Les actes supplémentaires, lorsque payables, le sont à 50 % des honoraires établis, mais les honoraires dits payables « en supplément » le sont au plein tarif indiqué.
- d) Les actes 814 à 819, page 10/6, comprennent les soins préopératoires et postopératoires habituels; les soins intensifs (sauf le jour de l'intervention) et les consultations préopératoires sont payables comme pour la chirurgie majeure. Les primes après-heures ne s'appliquent qu'aux consultations et aux actes pratiqués sous anesthésie générale.
- e) Lorsqu'un anesthésiste est appelé d'urgence au laboratoire de cathétérisme pour une anesthésie ou des soins en attendant un transfert en chirurgie, il a droit à 10 unités d'anesthésie en supplément des unités de base ou de tout autre tarif applicable. Ce supplément est payable à condition que les services de l'anesthésiste soient en cours avant le transfert à la salle d'opération.

Actes diagnostiques

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Ponction auriculaire ou ventriculaire	B	1921	77	5
Cathétérisme cardiaque droit	B	1918	115	5
Pression de coincement, veines sus-hépatiques.....	B	1919	77	4
Cathétérisme cardiaque gauche rétrograde.....	B	1864	177	5
Cathétérisme par voie transseptale	B	1865	255	5
Cathétérisme coronarien et coronarographie, en supplément.....	B	1866	100	UD
Cathétérisme de pontages, chacun, en supplément – de pontage mammaire-coronarien (sous-clavière), en supplément.....	B	1867	67	UD
.....	B	1868	67	UD
Angiographie sauf coronarographie, toutes injections, en supplément.....	B	1869	49	UD
Angiocardiographie diagnostique gauche +/- droite et coronarographie, au moment de l'angioplastie, lorsque payable, honoraires supplémentaires complets	B	1870	159	UD
Coronarographie diagnostique au moment de l'angioplastie, lorsque payable, honoraires supplémentaires complets	B	1871	87	UD
Cathétérisme des artères pulmonaires, en supplément	B	1872	40	UD
Évaluation des changements de la résistance vasculaire pulmonaire (toutes substances), en supplément	B	1873	55	UD
Épreuve à l'ergonovine, en supplément	B	1874	85	UD
Études : dosage de Fick, courbes de dilution, études métaboliques, oxymétrie, analyses isotopiques, etc., par série, en supplément	B	1875	29	UD
Aortographie, aorte ascendante (pour états pathologiques de l'aorte), en supplément	B	1876	48	UD
Biopsie endomyocardique percutanée, en supplément	B	1877	78	UD

Études électrophysiologiques et cardiostimulation

Introduction de cathéter cardiostimulateur.....	B	825	154	5
Insertion de cardiostimulateur interne Thoracotomie et implantation d'électrodes dans le myocarde.....	D	826	385	20
Insertion de cardiostimulateur externe permanent et mise en place d'électrodes transveineuses				
Intervention en équipe – cardiologue	D	2009	192	9
– chirurgien	D	2009	192	9
Intervention isolée.....	D	2010	308	9
Remplacement ou réglage d'électrodes transveineuses				
Intervention en équipe – cardiologue	D	2011	115	9
– chirurgien	D	2011	115	9

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Intervention isolée.....	D	2012	154	9
Mise en place de simple générateur pulsatif				
Intervention en équipe – cardiologue	D	2025	115	9
– chirurgien	D	2025	115	9
Intervention isolée.....	D	2026	154	9
Stimulation double, intervention en équipe				
– cardiologue.....	D	1912	288	9
– chirurgien.....	D	1912	288	9
Intervention isolée.....	D	1913	410	9
Reprogrammation de stimulateur cardiaque.....	---		TV	---

***Veuillez vous référer à la page 5/16 pour « visites de suivi suite à l’implantation d’un stimulateur cardiaque ».**

 **Note de l’Assurance-maladie : Le tarif de surveillance exclusive peut être facturé après que la période de temps prévue pour la visite initiale est écoulée.**

Les tarifs ci-dessus (2009 à 1913) doivent tous comprendre les soins postopératoires du cardiologue, ainsi que les soins pré et postopératoires du chirurgien.

Études électrophysiologiques avec stimulation programmée des oreillettes ou ventricules et/ou cartographie encocavitaire	D	1878	330	9
Études électrophysiologiques subséquentes pour évaluer l’effet de médicaments ou de la chirurgie .	D	1879	165	9
Études de faisceau de His avec stimulation auriculaire	D	1880	165	9

Actes thérapeutiques

Circulation assistée par ballon intra-aortique percutané (y compris l’exérèse).....	C	812	257	10
Exérèse du ballon par un autre médecin.....	C	813	54	5
ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée), un vaisseau, toutes lésions.....	D	814	445	20
– vaisseau additionnel, en supplément	D	815	176	UD
Valvoplastie percutanée par cathéter	D	816	458	20
Angioplastie percutanée de coarctation de l’aorte	D	817	367	20
Oblitération percutanée d’un canal artériel perméable	D	818	341	20
Création d’une CIA par cathéter	D	819	270	20

Chirurgie cardiaque**Actes généraux**

Dérivation avec pompe et/ou stabilisation cardiaque mécanique, y compris mise en place et exérèse de la canule et supervision, en supplément	D	8000	310	UD
--	---	------	-----	----

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– Nouvelle intervention avec dérivation et/ou stabilisation cardiaque mécanique plus d'un mois après la première, en supplément	D	8001	548	UD

 **Note de l'Assurance-maladie : Un tarif de 45 unités de base en anesthésie s'applique à l'intervention s'il y a dérivation avec pompe.**

Circulation assistée, (p. ex. : ballon intra-aortique (comprend les soins quotidiens et la supervision), insertion chirurgicale, exérèse en supplément	D	8002	295	15
– Percutanée : voir Interventions cardiologiques				
Exérèse ouverte (y compris réparation de l'artère) après circulation assistée.....	A	8003	118	10
Remise en place chirurgicale d'un ballon intra-aortique (plus de 24 heures après l'insertion originale)	A	8004	123	15

Cathétérismes diagnostiques préliminaires en supplément

Incision et/ou excision

Massage cardiaque – à coeur ouvert, ajouter au tarif de chirurgie	D	8005	154	UD
Refermeture du sternum	D	820	154	10
Péricardectomie – un côté ouvert	D	8006	476	20
– deux côtés ouverts ou médiastinotomie	D	8007	782	20
Cardiotomie avec exploration et/ou exérèse de corps étranger ou de tumeur	D	8008	543	20
Section de faisceau accessoire avec (y compris cardiotomie, cartographie) ou sans ablation du faisceau de His)	D	8010	748	45
Ablation pour tachycardie ventriculaire (y compris cardiotomie, cartographie, avec ou sans ablation du faisceau de His).....	D	8011	953	45
Excision – tumeur de la paroi ventriculaire.....	D	8012	892	45
– anévrisme ventriculaire.....	D	8013	845	45
– anévrisme du sinus de Valsalva	D	8014	845	45
Excision de cicatrice endocardique, ajouter à la ventriculotomie ou réfection d'anévrisme	D	8015	123	UD
Ligature ou section du canal artériel				
– moins de 16 ans	D	8016	520	20
– adulte	D	8017	684	20
Fermeture d'artères bronchiques collatérales (une ou plus)				
– acte isolé	D	8018	684	20
– en conjonction avec un autre acte chirurgical cardiaque, en supplément	D	8019	171	UD

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Exérèse d'une coarctation de l'aorte, moins de 16 ans	D	8020	616	20
– adulte	D	8021	756	20
Opérations pour affections cardiaques congénitales, par ex. : Blalock, Glenn, Potts, Waterston ou Centrale	D	8022	600	20
Création d'une communication interauriculaire par thoracotomie ou procédure de Sterling Edwards ...	D	8023	600	20
Fermeture de communication interauriculaire : type ostium secundum	D	8024	684	45
– avec retour pulmonaire veineux anormal	D	8025	771	45
– anomalie des coussins endocardiques et de valvule	D	8026	1018	45
Fermeture de communication(s) interventriculaire(s)	D	8027	927	45
Cardectomie, intervention chez le donneur	D	8028	415	20
Prélèvement en bloc coeur-poumon	D	8029	531	20

Réparation

Endartériectomie coronarienne	D	8030	783	45
– au cours de réparation d'artère coronaire, en supplément.....	D	8031	189	UD
Pontage ou réparation d'une artère coronaire	D	8032	915	45
– deux	D	8033	1145	45
– chaque artère supplémentaire.....	D	8034	165	UD
Utilisation de la mammaire interne pour pontage, en supplément.....	D	8035	171	UD
Réparation complète de tétralogie de Fallot.....	D	8036	1019	45
– après dérivation artérielle antérieure.....	D	8037	1159	45
Réparation complète d'un drainage pulmonaire veineux anormal.....	D	8038	879	45
Réparation complète de transposition des vaisseaux de la base.....	D	8039	879	45
Switch artériel pour transposition.....	D	8040	1318	45
Canal atrio-ventriculaire commun	D	8041	1157	45
Ventricule unique	D	8042	1318	45
Double orifice – ventricule droit ou gauche.....	D	8043	1019	45
Double orifice avec transposition	D	8044	1318	45
Tronc artériel commun	D	8045	1318	45
Interruption de l'isthme aortique.....	D	8046	1157	45
Communication aorto-pulmonaire	D	8047	737	45
Canal ventriculaire avec valvule et greffe tubulaire...	D	8048	832	45
Décerlage et plastie de l'artère pulmonaire.....	D	8049	546	20
Cerclage de l'artère pulmonaire	D	8050	737	20
Réparation de cor triatriatum.....	D	8051	737	45
Anneau vasculaire	D	8052	546	20

Appareil cardio-vasculaire (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Valvules				
Valvulotomie pulmonaire.....	D	8053	828	45
Valvulotomie pulmonaire et résection infundibulaire	D	8054	933	45
Remplacement de valvule pulmonaire	D	8055	933	45
Valvulotomie tricuspideenne	D	8056	882	45
Annuloplastie tricuspideenne.....	D	8057	782	45
Remplacement de valvule tricuspideenne.....	D	8058	933	45
Valvulotomie mitrale.....	D	8059	805	45
Valvulotomie mitrale – sténose récidivante	D	8060	871	45
Annuloplastie mitrale	D	8061	871	45
Remplacement de valvule mitrale	D	8062	1015	45
Valvuloplastie mitrale	D	8063	968	45
Valvuloplastie aortique.....	D	8064	871	45
Valvulotomie aortique	D	8065	849	45
Résection de l'infundibulum aortique (ventriculomyotomie)	D	8066	969	45
Remplacement de valvule aortique	D	8067	1019	45
Aortoplastie partielle avec péricarde ou greffe, en supplément	D	8068	171	UD
Annuloplastie aortique (reconstruction et agrandissement de l'anneau aortique) en supplément	D	8069	270	UD
Remplacement de valvule aortique et de l'aorte ascendante avec réimplantation des artères coronaires (procédure de Bentall modifiée)	D	8070	1889	45

Système hématopoïétique et lymphatique

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				
Rate et moelle				
Incision				
Ponction de la rate – pour biopsie	A	1954	46	
Pour injection de substance de contraste	A	864	46	
Excision				
Splénectomie	D	865	308	7
Voir aussi : laparotomie pour traumatisme aigu				
Maladie de Hodgkin – détermination du stade, laparotomie, splénectomie, biopsie du foie et biopsie des ganglions rétropéritonéaux	D	2341	385	7
Biopsie de la moelle				
Par aspiration, ponction-biopsie ou poinçon	B	866	38	4
Bouton osseux	B	867	46	4
Biopsie chirurgicale de l'arête de l'os iliaque	B	1961	115	4
Vaisseaux lymphatiques				
Excision				
Hygroma kystique	D	868	277	6
Lymphoedème – opération de Kondoléon	D	869	277	4
– excision radicale	D	870	539	6
– lymphangiographie	B	871	139	4
Excision de ganglions lymphatiques				
Tumeur sus-hyoïdien – unilatérale	D	872	231	6
– bilatérale	D	873	346	6
Évidement cervical radical	D	874	508	14
Évidement des ganglions inguinaux	D	875	231	4
Évidement radical des ganglions axillaires	D	876	350	4
Évidement radical des ganglions inguinaux incluant les ganglions iliaques	D	877	339	6
Évidement radical des ganglions inguinaux et iliaques, bilatéral	D	878	508	6
Évidement radical des ganglions rétropéritonéaux	D	2019	508	8
Biopsie – ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux.	B	879	66	4
Scalène	B	880	92	4

Système digestif (suite)	liste	code	unités gen	unités an
Plus évidemment cervical radical	D	902	539	14
Réparation				
Bec-de-lièvre – un côté	D	903	231	8
– les deux côtés	D	904	385	8
Langue				
Excision				
Biopsie	B	905	31	4
Excision locale de tumeur simple.....	D	906	92	4
Hémiglossectomie	D	907	254	8
Plus évidemment cervical radical	D	908	593	14
Glossectomie totale	D	909	305	8
Plus évidemment cervical radical	D	910	593	14
Réparation				
Suture de lacérations étendues	D	911	CS	4
Lacérations mineures.....	C	912	23	4
Dents et gencives				
Incision				
Drainage d'abcès alvéolodentaire – anesthésie générale.....	C	913	52	4
Excision				
Biopsie de gencive.....	B	914	31	4
Kyste dentigère.....	D	915	185	4
Kyste muqueux.....	C	916	52	4
Suture				
Suture de gencive, secondaire	C	917	31	4
Palais et luvette				
Incision				
Abcès du palais.....	C	918	52	4
Excision				
Uvulectomie – acte isolé	C	919	52	4
Biopsie	B	920	31	4
Excision de lésion simple	C	921	46	4
Excision de lésion maligne avec reconstruction.....	D	922	CS	4
Réparation				
Fissure palatine.....	D	923	269	8
Révision avec greffe osseuse	D	2291	308	8
Suture				

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Suture de plaie du palais.....	C	924	23	4
Uvulopalatopharyngoplastie.....	D	828	225	4
Rallongement du palais et/ou lambeau pharyngé.....	D	925	346	8
Réparation de fistule palatine.....	D	2292	231	8

Glandes et canaux salivaires

Incision

Sialolithotomie sous anesthésie générale.....	C	926	46	4
Complicquée.....	D	927	139	4

Excision

Glande sous-mandibulaire.....	D	928	185	4
Glande parotide – simple excision de tumeur.....	D	929	277	6
Lobectomie parotidienne superficielle.....	D	1976	484	7
Parotidectomie totale.....	D	930	571	8
Plus évidemment cervical radical.....	D	931	825	14

Réparation

Réparation plastique d'un canal.....	D	932	192	4
Déplacement ou remise en place normale, canal sous-mandibulaire.....	D	1975	290	4
Dilatation d'un canal en acte isolé.....	C	933	59	4

Sondage

Canal.....	C	934	29	
Cathétérisme pour sialographie.....	C	935	59	4

Pharynx, adénoïdes et amygdales

Incision

Biopsie du pharynx.....	B	936	31	4
Aspiration d'abcès amygdalien par aiguille fine.....	B	1801	15	---
Drainage d'abcès rétropharyngé				
Par voie interne.....	B	937	77	4
Par voie externe.....	D	938	136	4
Drainage d'abcès périamygdalien, simple opération.....	C	939	44	4

Excision

Kyste branchial.....	D	940	231	4
Fistule branchiale.....	D	941	308	4
Diverticule pharyngo-oesophagien.....	D	942	385	4
Kyste thyroïdienne.....	D	943	192	4
Kyste et fistule.....	D	944	277	4
Amygdalectomie +/- adénoïdectomie				
– moins de 16 ans.....	D	945	90	4
– adulte.....	D	946	120	4
Adénoïdectomie.....	D	863	68	4

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision de bourgeon amygdalien, unilatérale.....	D	947	62	4
Excision d'amygdale linguale (acte isolé)	D	948	62	4
Excision d'une tumeur dans l'espace parapharyngé ..	D	1776	500	8
Pharyngectomie transhyoïdienne ou externe.....	D	1727	520	9
Réparation				
Atrésie des choanes	D	949	385	8
Dilatation d'atrésie des choanes – première	C	2038	59	4
– subséquente	C	2039	40	4
Lambeau pharyngé pour rallongement.....	D	950	346	8
Insertion rétropharyngée de matière plastique pour rhinolalie	D	951	115	4
Suture				
Suture de plaie ou blessure externe du pharynx	D	952	CS	4
Oesophage				
Dilatation de l'oesophage				
Active +/- fil de guidage.....	B	982	66	4
Passive, au moyen de bougies de mercure	B	983	35	4
Dilatation, dilateur pneumatique	B	984	66	4
Dilatation, rétrograde.....	B	985	43	4
Dilatation sous contrôle fluoroscopique.....	B	988	74	4
Dilatation avec oesophagoscopie, indirecte première subséquente	D	986	185	4
.....	D	987	93	4
Endoscopie (voir aussi les règles d'évaluation 32 et 33)				
Oesophagoscopie +/- biopsie	B	964	92	4
Avec extraction de corps étranger	D	965	154	4
Introduction de sonde de Souttar – par l'oesophage ..	D	968	115	4
Sonde de Blakemore.....	D	967	100	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Paiement de la gastroscopie en sus des 2 codes ci-dessus.**

Hémostase endoscopique	D	1003	206	4
A répéter dans les 30 jours	D	1005	103	4
Injection				
Varices de l'oesophage avec oesophagoscopie				
– première	D	979	206	4
– subséquente	D	966	103	4
Introduction d'un tube de Mousseau ou Bardin	D	981	231	6
Incision				
Oesophagostomie cervicale – adulte	D	953	231	6
– nouveau-né	D	2542	308	13
Oesophagostomie thoracique	D	954	308	13
Opération de Heller	D	955	462	13
Oesophagomyotomie totale par voie thoracique en acte isolé.....	D	2543	562	13

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision				
Diverticule intrathoracique ou léiomyome de l'oesophage	D	956	407	13
Diverticule crico-pharyngien ou myotomie crico-pharyngienne	D	957	346	13
Réséction de l'oesophage, incluant reconstruction				
1 ^{er} chirurgical	D	1784	900	15
2 ^e chirurgical	D	1785	500	
Oesophagogastrectomie.....	D	962	678	13
Dérivation de l'oesophage avec segment du côlon ou jéjunum en acte isolé	D	963	593	13
Réparation				
Oesophagoplastie (réparation de rétrécissement).....	D	969	508	13
Hernie de l'hiatus oesophagien				
Par voie abdominale.....	D	970	385	7
Plus cholécystectomie au besoin.....	D	971	555	7
Par voie transthoracique	D	972	500	13
Avec gastroplastie ou plicature du fond intrathoracique	D	2547	515	13
Hernie diaphragmatique récidivante				
Par voie abdominale ou transthoracique	D	2342	539	13
Par voie thoracoabdominale	D	2548	639	13
Avec myotomie – en supplément.....	D	2549	91	UD
Rupture de l'oesophage	D	973	424	13
Drainage cervical	D	974	269	6
Réparation transabdominale de rupture diaphragmatique.....	D	977	500	13
Oesophago-gastrostomie	D	975	593	7
Oesophago-duodénostomie ou oesophago-jéjunostomie	D	976	593	7
Oesophagostomie avec ligature de varices.....	D	978	407	13
Estomac				
Incision				
Gastrotomie (bouton)	A	2985	46	5
Gastrotomie avec exérèse de tumeur ou corps étranger	D	989	254	7
Pyloromyotomie (opération de Ramstedt)	D	990	254	10
Gastrostomie simple avec tube.....	D	991	254	5
Associée à une chirurgie abdominale – en supplément	D	1051	75	UD
Introduction de sonde de Souttar – par laparotomie...	D	2546	308	7
Gastrostomie avec tissu vivant (Janeway, etc.).....	D	992	339	7
Gastrostomie endoscopique percutanée : équipe double, chaque chirurgien	B	1000	150	5
Gastrostomie endoscopique percutanée « opération solo ».....	D	2986	204	5

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision				
Biopsie par excision – par gastroscopie	B	993	153	4
– par gastrotomie	D	994	254	7
– par intubation	B	995	34	
Gastrectomie – résection en coin pour ulcère	D	996	305	7
Partielle ou sous-totale.....	D	997	575	7
Plus correction de hernie hiatale.....	D	998	593	7
Après gastroentérostomie ou gastrectomie partielle antérieure.....	D	999	593	7
Vagotomie sélective pariétale pour ulcère gastro-duodéal.....	D	2181	508	7
Gastrectomie totale.....	D	1001	678	7
Excision de lésion gastro-duodénale (ulcère récidivant)	D	1002	593	7
Excision de lésion gastro-jéjunale (ulcère récidivant)	D	1004	593	7
Révision de gastrectomie plus anastomose en Y de Roux, interposition d'une anse jéjunale inversée ou non	D	2182	593	7
L'un des actes ci-dessus plus vagotomie – en supplément	D	2553	127	UD
L'un des actes ci-dessus plus cholécystectomie – en supplément	D	1006	170	UD
Plus cholécystectomie et cholangiographie – en supplément	D	2550	204	UD
Plus cholédochoscopie – en supplément	D	2551	60	UD
Plus cholécystectomie et exploration du cholédoque – en supplément	D	2552	204	UD
Et cholangiographie – en supplément.....	D	1032	233	UD
Endoscopie				
Tube digestif supérieur +/- biopsie	B	964	92	4
Extraction de corps étranger par gastroscopie.....	D	1007	154	4
*Iléoscopie conjointement avec gastroscopie et colonoscopie – en supplément.....	B	827	46	---
Réparation				
Pyloroplastie.....	D	1009	305	7
Plus vagotomie	D	1010	424	7
Vagotomie bilatérale – après chirurgie gastrique antérieure pour ulcère gastro-duodéal.....	D	1977	254	7
Gastroduodénostomie, gastro-jéjunostomie ou gastrogastrostomie	D	1011	305	7
Plus vagotomie	D	1012	424	7
Pyloroplastie ou gastroentérostomie avec vagotomie et correction de hernie hiatale.....	D	1013	508	7
Un acte ci-dessus plus cholécystectomie – en supplément.....	D	1014	170	UD

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Suture				
Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe.....	D	1015	204	5
Fermeture d'ulcère perforé ou plaie de l'estomac.....	D	1016	305	7
Fermeture de fistule gastrocolique ou gastro-jéjunocolique				
En un temps	D	1017	593	7
En deux temps, incluant colostomie	D	1018	593	7
Avec vagotomie	D	2344	678	7
Réfrigération gastrique.....	D	1019	92	4
Intestins (à l'exception du rectum)				
Endoscopie				
Sigmoïdoscopie +/- biopsie du rectum ou du sigmoïde.....	B	2046	23	4
Sigmoïdoscopie à fibre optique.....	B	2045	38	4
Colonoscopie +/- biopsie.....	B	2057	158	4
Avec fulguration de polype – en supplément	B	2465	40	
Chaque polype additionnel (max. 2)	B	2466	15	
Avec excision de polype – en supplément.....	B	2467	90	
Chaque polype additionnel (max. 2)	B	2468	35	
Incision				
Iléostomie pour colite ulcéreuse	D	1020	426	6
Iléostomie – sac de Kock.....	D	2183	428	6
Iléostomie ou jéjunostomie (avec tube).....	D	1021	355	6
Jéjunostomie pour alimentation, conjointement avec d'autres interventions abdominales, en supplément	D	2987	75	UD
Premier temps de l'opération de Mikulicz	D	1022	426	6
Colostomie	D	1023	355	6
Révision pour sténose	D	1024	92	6
Caecostomie en acte isolé.....	D	1025	355	6
Entérotomie ou colotomie	D	1026	305	6
Avec sigmoïdoscopie peropératoire.....	D	1027	339	6
Multiple	D	1028	424	6
Colomyotomie	D	2554	385	6
Excision				
Biopsie par intubation	A	1029	46	4
Excision locale de lésion de l'intestin grêle.....	D	1030	305	6
Préparation d'un segment intestinal pour substitution urétérale.....	D	2168	339	6
Résection de diverticule du duodénum	D	2555	359	6
Entérectomie – intestin grêle.....	D	1031	400	6
Gros intestin				
Iléon terminal, caecum et côlon ascendant.....	D	1034	508	7
Colectomie partielle	D	1035	478	7

Système digestif (suite)	liste	code	unités gen	unités an
Hémi-colectomie – droite	D	1036	508	7
– gauche	D	2556	578	7
Colectomie totale				
Avec iléostomie – sans résection périméale	D	1037	850	8
Avec résection abdomino-périméale – équipe simple.....	D	1038	900	10
Équipe double – 1 ^{er} chirurgien	D	1039	850	10
– 2 ^e chirurgien.....	D	1040	300	
Avec anastomose iléorectale.....	D	2184	678	8
Occlusion intestinale				
Sans résection.....	D	1042	375	8
Avec tube de jéjunostomie de Baker – en supplément	D	2557	100	UD
Avec résection.....	D	1043	500	8
Réduction de volvulus ou d'invagination intestinale, etc.....	D	1044	339	8
Entéro-entérostomie	D	1045	339	8
Atrésie duodénale – duodéno-jéjunostomie	D	1046	375	8
Actes en plusieurs temps, colostomie préalable, résection de l'intestin, fermeture de colostomie, etc. – paiement du tarif prévu pour l'acte particulier.				
Réparation				
Fistule stercorale, résection radicale	D	1047	465	6
Révision d'iléostomie ou colostomie	D	1048	92	6
En profondeur.....	D	2185	296	6
Fermeture de perforation.....	D	1049	296	6
Avec colostomie	D	1050	339	6
Fermeture de colostomie +/- résection.....	D	1053	350	6
Plicature de l'intestin grêle pour adhérences.....	D	1054	407	6
Manipulation				
Dilatation d'entérostomie, colostomie, etc.				
Avec anesthésie.....	C	1055	31	4
Sans anesthésie			VF	
Intubation de l'intestin grêle.....	B	1057	36	4
Révision de dérivation intestinale.....	D	2558	462	8
Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	D	2559	385	10
Dilatation d'un rétrécissement colique ou pylorique				
– passive.....	B	838	35	4
– avec ballonnet.....	B	839	66	4

Diverticule de Meckel et mésentère

Excision

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Diverticule de Meckel	D	1058	360	6
Excision locale de lésion	D	1059	360	6
Résection du mésentère	D	1060	360	6

Appendice

Incision

Drainage d'abcès, soins complets	D	1061	300	6
--	---	------	-----	---

Excision

Appendicectomie	D	1062	300	6
-----------------------	---	------	-----	---

Rectum

Incision

Proctotomie – avec exploration	D	1064	92	4
Avec décompression (imperforation anale)	D	1065	92	4
Avec drainage (abcès périrectal)	D	1066	92	4
Avec drainage (abcès périrectal)	D	1067	127	4

Manipulation

Manométrie anorectale	B	1073	38	---
-----------------------------	---	------	----	-----

Excision

Proctectomie – résection antérieure du rectum	D	1068	725	7
Proctectomie, sac pelvien	D	802	939	8
Résection périnéale du rectum	D	1069	407	7
Résection abdomino-périnéale plus colostomie				
Équipe simple	D	1070	850	10
Équipe double – 1 ^{er} chirurgien	D	1071	800	10
– 2 ^e chirurgien	D	1072	300	
Opération de Hartmann	D	1074	500	7
Reconstruction du côlon – après opération de				
Hartmann	D	2186	600	7
Abaissement abdomino-périnéal pour maladie de				
Hirschsprung ou imperforation anale	D	1075	593	8
Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	D	1079	508	8
Excision transrectale de gros adénome villositaire du				
rectum	D	2560	265	4
Abord postérieur pour excision de lésion rectale				
avec résection de segment sacrococcygien	D	2561	265	6
Excision ou cautérisation de polype – bas rectum	B	1080	46	4
Haut rectum et sigmoïde par sigmoïdoscopie	B	1081	92	4
Biopsie de la jonction rectosigmoïde pour maladie				
de Hirschsprung	B	1082	62	4
Désobstruction du rectum	C	2850	23	

Réparation

Excision de muqueuse	D	1085	154	4
----------------------------	---	------	-----	---

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Réparation majeure – par voie périnéale	D	1086	305	4
– par voie abdominale	D	1087	525	7
Rectopexie – opération de Thiersch	D	1088	101	7
Suture du rectum				
Par voie externe	D	1089	204	4
Par voie intrapéritonéale	D	1090	339	7
Fermeture de fistule				
Rectovaginale	D	1091	339	6
Rectovésicale	D	1092	339	6
Anus				
Incision				
Hémorroïdes thrombosées – anesthésie locale	C	1093	23	
– anesthésie générale	C	1094	38	4
Excision				
Excision locale de lésion anale, notamment fissure ou lésion maligne (incluant sphinctérotomie)	D	1095	92	4
Hémorroïdectomie (sigmoïdoscopie en supplément sauf si payable au cours des 30 jours précédents) .	D	1096	154	4
Avec excision de fissure anale – en supplément ...	D	1095	50%	UD
Par ligature élastique ou coagulation à l'infrarouge	C	1980	50	
Polype anal, paquets hémorroïdaires résiduels	C	1097	46	4
Fistule anale – basse	D	1098	154	4
Haute avec section du sphincter interne	D	1099	277	4
Biopsie – anesthésie générale	B	1100	31	4
Introduction				
Injections d'hémorroïdes – premières	A	1101	15	
– subséquentes	A	1102	8	
Injections pour prurit anal ou fissure	A	1103	15	4
Dilatation de fistule anale	B	1083	43	4
Réparation				
Excision de cicatrice pour sténose	D	1104	92	4
Anoplastie pour sténose	D	1105	185	4
Réparation du sphincter anal	D	1106	231	4
Plus réparation de l'anneau anorectal	D	1107	254	4
Réparation d'imperforation anale – obstruction membraneuse de l'anus	D	1108	92	4
Atrésie rectale – réparation par voie périnéale	D	1109	407	4
Réparation par voie abdomino-périnéale	D	1110	508	10

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Avec conduit anal normal – réparation par voie abdomino-périnéale	D	1114	593	10
Destruction				
Cautérisation de fissure	C	1118	15	4
Électrodessiccation de condylomes.....	C	1119	77	4
Manipulation				
Dilatation du sphincter anal sous anesthésie générale (acte isolé)	C	1120	15	4
Foie				
Incision				
Hépatotomie – exploratrice	D	1121	305	8
Drainage d'abcès ou kyste	D	1122	305	8
Exérèse de corps étranger	D	1123	305	8
Incision et tamponnement de plaie	D	1124	305	8
Excision				
Hépatectomie – excision locale de lésion.....	D	1125	305	7
Lobectomie gauche	D	1126	678	12
Lobectomie partielle	D	2562	447	12
Lobectomie droite étendue ou complète	D	2563	823	12
Ponction– biopsie	B	1953	38	4
Résection cunéiforme/biopsie hépatique ouverte, en supplément (lorsque effectuée en plus d'une intervention abdominale)	B	2989	54	UD
Réparation				
Marsupialisation de kyste ou d'abcès.....	D	1128	305	7
Suture				
Rupture ou plaie	D	1129	305	7
Voies biliaires				
Endoscopie				
Cholécystoscopie.....	B	2983	100	6
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER), +/- biopsie, +/- cytologie	B	2875	202	6
– Sphinctérotomie endoscopique – en supplément	B	2894	90	UD
Mise en place endoscopique de moule d'une voie biliaire ou pancréatique – en supplément.....	B	2895	77	UD
– Lithotritie biliaire, en supplément	B	2984	77	UD
– Extraction de calculs du cholédoque – en supplément.....	B	2896	77	UD
Dilatation par cathéter à ballonnet de rétrécissement du cholédoque ou de voie pancréatique – en supplément	B	2897	77	UD

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– Drainage biliaire par voie nasale – en supplément..	B	2898	77	UD
Incision				
Cholécystostomie	D	1130	254	7
Cholécysto-entérostomie, incluant entéro- entérostomie.....	D	1131	400	7
Plus gastroentérostomie.....	D	2565	508	7
Cholécysto-gastrostomie.....	D	1133	305	7
Cholédochoduodénostomie ou cholédocho- entérostomie.....	D	1134	508	7
Exploration du cholédoque	D	1135	407	7
Avec duodénotomie, sphinctérotomie	D	1136	508	7
Plus sphinctéroplastie – en supplément.....	D	2566	58	UD
Plus pancréatographie – en supplément.....	D	2567	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique – en supplément	D	2568	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique – en supplément.....	D	2569	250	UD
Incision				
Biopsie pancréatique ouverte, en supplément.....	B	2988	58	UD
Excision				
Lésion des canaux intrahépatiques.....	D	1137	465	7
Excision de l'ampoule de Vater	D	1139	465	7
Cholécystectomie (par laparoscopie ou laparotomie)	D	1140	339	7
Avec cholangiographie peropératoire.....	D	1141	407	7
Cholécystectomie et exploration des voies biliaires ..	D	1142	420	7
Avec cholangiographie peropératoire.....	D	1143	482	7
Plus duodénotomie.....	D	1144	524	7
Plus pancréatographie – en supplément.....	D	2570	58	UD
Plus drainage interne de kyste pancréatique – en supplément.....	D	2571	255	UD
Plus drainage externe de kyste ou abcès pancréatique – en supplément	D	2572	250	UD
Excision de résidu de la vésicule biliaire ou d'un canal cystique.....	D	2573	370	7
Plus cholangiographie – en supplément	D	2574	58	UD
Avec exploration du cholédoque et cholangiographie.....	D	2575	539	7
Cholédochoscopie associée à une chirurgie des voies biliaires – en supplément	D	1138	60	UD
Toute chirurgie des voies biliaires plus réparation de hernie hiatale – en supplément.....	D	2576	193	UD
Réparation				
Reconstruction chirurgicale du cholédoque	D	1145	678	7
Hépatico-jéjunostomie transhépatique avec moule (Rodney Smith)	D	2577	786	12

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Suture				
Fermeture de fistule.....	D	1146	423	7

Pancréas

Incision

Pancréatotomie.....	D	1147	425	7
Abcès ou kyste du pancréas.....	D	1148	500	7

Excision

Pancréatectomie – totale.....	D	1149	1000	7
Excision locale de lésion.....	D	1150	407	7
Pancréatectomie distale et splénectomie.....	D	1151	900	7
Réséction pancréato-duodénale (opération de type Whipple).....	D	1152	1000	12
Excision de kyste du pancréas.....	D	1153	407	7

Réparation

Cystogastrostomie pancréatique.....	D	1154	510	7
Cystoduodénostomie pancréatique.....	D	1155	510	7
Cystojéjunostomie pancréatique – latérolatérale.....	D	1156	510	7
– en Y de Roux	D	2578	580	7
Jéjunostomie pancréatique longitudinale (Puestow) ..	D	2971	804	12
Marsupialisation de kyste.....	D	1157	425	7

Abdomen, péritoine et épiploon

Introduction

Pneumopéritoine.....	B	1168	31	
----------------------	---	------	----	--

Endoscopie

Péritonéoscopie (laparoscopie)	B	1169	105	6
--------------------------------------	---	------	-----	---

Lasérothérapie par laparoscopie

– y compris la première ½ heure.....	D	2975	169	6
– chaque ¼ heure additionnelle	D	2976	30	UD

 **Note de l'Assurance-maladie : Les tarifs de lasérothérapie comprennent les biopsies préparatoires. Le temps écoulé doit être indiqué sur la formule de facturation.**

Incision

Laparotomie diagnostique avec découverte de cancer non résécable.....	B	1078	137	6
Laparotomie +/- biopsie	D	1158	192	6
Minilaparotomie	D	2990	137	6
Libération d'adhérences	D	1033	CS	6

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 1033 ne s'applique qu'aux cas de difficulté spéciale (voir le préambule des actes chirurgicaux, page 6/1). Normalement, aucun paiement ne se fait sous ce code quand les tarifs d'actes simultanés dépassent 192 unités, soit le taux du code de service 1158.				
Polytraumatisme – laparotomie pour traumatisme aigu.....	D	2456	265	10
Laparotomie pour traitement postcancéreux ou pour détermination du stade d'une tumeur cancéreuse ovarienne.....	D	2954	350	7
Abcès péritonéal – drainage d'abcès sous-phrénique	D	1159	305	7
Abcès intra-abdominal, autre.....	D	1160	300	6
Drainage d'abcès de la paroi abdominale sous anesthésie générale	B	1161	46	4
Exérèse de corps étranger de la paroi abdominale				
Balle d'arme à feu	D	1162	CS	6
Exérèse de sutures infectées profondes (inapplicable durant la période postopératoire, au chirurgien pratiquant l'opération)				
	D	2188	92	4
Excision				
Tumeur desmoïde, selon l'étendue.....	D	1163	CS	4
Omentectomie (liée au cancer) avec chirurgie majeure, en supplément	D	2991	96	UD
Omphactomie plastique.....	D	1164	92	4
Lipectomie, ablation de pannicule	D	1165	693	10
Note de l'Assurance-maladie : Abdominoplastie : Voir le préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.				
Tumeur rétropéritonéale.....	D	1166	370	6
Kyste du mésentère	D	1167	231	6
Réparation				
Herniotomie et herniorraphie				
Hernie inguinale ou crurale – unilatérale	D	1170	250	4
– bilatérale	D	1171	369	4
– bilatérale – une première, une récidivante	D	2579	424	4
Réparation de hernie congénitale avec hydrocèle				
Un côté	D	1172	254	4
Les deux côtés	D	2580	370	4
Hernie inguinale et crurale – même côté.....	D	1173	254	4
Hernie par glissement.....	D	1174	254	4
Réparation inguinale ou crurale par prothèse ou				

Système digestif (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
greffe	D	1175	254	4
Hernie récidivante	D	1176	305	4
Bilatérale	D	2581	424	4
Réparation de hernie récidivante par prothèse ou greffe	D	1177	339	4
Abord préperitonéal pour réparation de hernie inguinale.....	D	2582	254	4
Hernie ombilicale – adulte	D	1178	254	4
– enfant	D	1179	169	4
Entérocele – nourrisson.....	D	1180	254	10
Omphalocèle – nourrisson.....	D	1181	339	10
Hernie diaphragmatique	D	1182	424	12
Avec prothèse	D	1183	465	12
Réparation transabdominale de rupture diaphragmatique.....	D	977	500	13
Hernie incisionnelle ou ventrale – réparation par suture.....	D	1184	305	6
– réparation par prothèse....	D	1185	339	6
Hernie incisionnelle ou ventrale récidivante.....	D	2583	365	6
Avec prothèse	D	2584	400	6
Réparation d'hernie ventrale lors de la même séance qu'un acte intra-abdominal définitif – en supplément.....	D	2585	153	UD
 ☞ Note de l'Assurance-maladie : Les codes de service 1184, 1185 et 2585 s'appliquent aussi à la réparation d'un diastisis des grands droits dépassant 5 cm.				
Hernie épigastrique.....	D	1186	185	4
Étranglement ou incarceration herniaire				
Sans résection	D	1187	339	6
Avec résection	D	1188	500	6
 Suture				
Fermeture secondaire pour éviscération.....	D	1189	154	6

Système endocrinien

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				
Thyroïde				
Incision				
Abscess, soins complets	D	1190	92	4
Excision				
Aspiration à l'aiguille fine	B	1754	31	4
Ponction–biopsie	B	1191	31	4
– biopsie chirurgicale	D	1192	185	6
Thyroïdectomie				
Thyroïdectomie totale bilatérale	D	1193	550*	8
Lobectomie totale	D	1194	400*	8
Thyroïdectomie sous-totale bilatérale.....	D	1195	360	8
Lobectomie partielle	D	1196	305	8
Excision de nodule solitaire.....	D	1197	284	8
Si l'un des actes suivants est accompagné de l'un des actes 1193 à 1197, ajouter :				
Évidement ganglionnaire localisé– unilatéral	D	1198	101	UD
– bilatéral	D	1199	204	UD
Évidement cervical radical unilatéral	D	1200	296	14
Parathyroïde, thymus et glandes surrénales				
Excision				
Parathyroïdectomie pour hyperplasie	D	1201	500*	10
Tumeur de parathyroïde	D	1202	438*	10
Si une sternotomie s'impose	D	1203	508	12
Thymectomie	D	1204	508	12
Exploration surrénale unilatérale.....	D	1205	254	10
Tumeur surrénale fonctionnelle				
(phéochromocytome)	D	1223	308	17
Surrénalectomie unilatérale.....	D	1206	424	10

Actes de chirurgie urologique

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Le tarif de l'acte de chirurgie urologique doit comprendre les soins postopératoires habituels dispensés par le chirurgien pratiquant l'opération, conformément à l'article (7) – « Services chirurgicaux » du préambule général, page 3/7-8. Le tarif chirurgical englobe certains soins préopératoires, tel qu'indiqué dans la règle d'évaluation 25.

	liste	code	unités gen	unités an
Rein et périnéphrium				
Endoscopie				
Bassinot du rein – biopsie par endoscopie et par brossage, comportant une cystoscopie.....	B	1267	196	4
Néphroscopie chirurgicale.....	D	1731	308	7
Associée à un autre acte – en supplément.....	D	1732	60	UD
Incision				
Drainage d'abcès rénal, incluant excision d'antrax.	D	1211	231	7
Drainage d'abcès périnéphrétique	D	1212	154	7
Exploration de glande surrénale, unilatérale	D	1213	303	10
Exploration rénale ou biopsie du rein par opération ouverte.....	D	1214	231	7
Néphrostomie	D	1215	269	7
Néphrolithotomie.....	D	1216	350	7
Pour calcul coralliforme remplissant le bassinot et les calices du rein, comprenant le contrôle radiologique	D	2345	440	7
Section de vaisseau rénal surnuméraire	D	1217	269	7
Opération secondaire – en supplément	D	1218	77	UD
Pyélostomie	D	1219	269	7
Pyélostomie cutanée unilatérale	D	1982	308	7
Pyélolithotomie	D	1220	308	7
Avec dérivation urinaire	D	1221	350	7
Pyélolithotomie après coagulation – unilatérale	D	1730	370	7
Excision				
Kyste rénal.....	D	1224	269	7
Héminéphrectomie	D	1225	450	7
Néphrectomie – ectopique.....	D	1227	440	7
Lombaire.....	D	1228	375	7
Transpéritonéale	D	1229	368	7
Thoracoabdominale	D	1230	500	13
Radicale – lombaire ou thoracoabdominale.....	D	1231	545	13
Néphro-urétérectomie	D	1232	440	10
Avec résection de la jonction urétéro-vésicale .	D	1233	609	10
Transplantation rénale				
Néphrectomie – chez le donneur vivant	D	2071	368	8

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– chez un cadavre, un côté ou les deux ...	D	2072	368	8
Temps de déplacement aller-retour pour faire la néphrectomie chez un donneur – au tarif de surveillance exclusive		200	(page 4/4)	
Composante néphrologique des soins dispensés au donneur	D	2073	215	
Surveillance de perfusion rénale seulement	C	2074	72	
Transplantation – soins chirurgicaux complets	D	2075	715	13
Composante néphrologique de la transplantation..	D	2076	215	
Réparation				
Pyélo-urétéroplastie ou endoscopique pyéloplastie ...	D	1235	381	7
Néphropexie	D	1236	231	7
Avec sympathectomie rénale	D	1237	308	7
Symphysiotomie pour rein en fer à cheval +/- néphropexie et actes associés	D	1238	440	7
Hypothermie rénale – en supplément	D	1239	38	UD
Suture				
Rupture ou lacération – réparation ou ablation du rein	D	1241	323	8
Uretère				
Lithotripsie extracorporelle (ESWL) (Consultation payable en sus, s'il y a lieu)				
	D	1815*	300	6
Actes par endoscopie				
Calibrage et/ou dilatation – un côté ou les deux	B	1263	62	4
Exérèse de calcul, incluant méatotomie urétérale au besoin (extraction à la corbeille)	D	1264	204	4
Simple manipulation, sans extraction de calcul	D	1265	120	4
Urétéroscopie thérapeutique				
Urétéroscopie thérapeutique pour extraction de calculs, incluant dilatation de l'uretère	D	1278	286	6
– plus extraction à la corbeille – en supplément	D	1269	77	UD
– plus insertion de moule – en supplément	D	1270	115	UD
– plus ultrasonothérapie ou lithotripsie électrohydraulique – en supplément	D	1271	77	UD
Actes percutanés				
Établissement d'une voie de néphrostomie en vue d'exérèse de calcul	B	2121	340	6
Avec exérèse simultanée de calcul du rein sous fluoroscopie – en supplément	D	2058	133	UD
Extraction endoscopique de calculs par voie percutanée, premier essai	D	1272	254	6

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Essais subséquents d'extraction de calculs pour une même maladie par séance	D	1273	190	6
– extraction ou essai par ultrasonothérapie ou lithotripsie électrohydraulique – en supplément	D	1276	77	UD
Incision				
Abcès périurétral	D	1242	308	6
Urétérostomie incluant urétérolithotomie				
Deux tiers supérieurs	D	1243	308	6
Tiers inférieur	D	1244	370	6
Excision				
Urétérectomie	D	1245	269	6
Incluant la jonction urétéro-vésicale.....	D	1246	331	6
Réparation				
Anastomose urétéro-vésicale, réimplantation	D	1247	407	6
Anastomose ou transplantation urétéro-colique.....	D	1250	346	7
Avec cystectomie, en un temps.....	D	1251	554	11
Avec cystectomie et colostomie	D	1252	646	11
Substitution iléo-urétérale	D	1253	462	7
Conduit urétéro-iléal – acte complet	D	1248	554	9
Opération en équipe – urologue.....	D	2166	346	9
Préparation de l'orifice – en supplément.....	D	2167	45	
Préparation d'un segment intestinal	D	2168	339	
Cystectomie additionnelle à une opération iléo-urétérale	D	1249	254	
Révision d'anastomose urétéro-intestinale.....	D	2346	370	7
Urétéro-urétérostomie	D	1254	385	6
Transurétéro-urétérostomie	D	1734	462	7
Urétérostomie cutanée unilatérale	D	1255	308	6
Fistule urétéro-vaginale.....	D	1256	370	6
Urétérolyse pour fibrose périurétrale, unilatérale.....	D	1257	308	6
Rupture ou section spontanée ou traumatique				
Réparation immédiate – deux tiers supérieurs.....	D	1259	269	6
– tiers inférieur	D	1260	308	6
Réparation tardive – deux tiers supérieurs.....	D	1261	308	6
– tiers inférieur	D	1262	346	6

Vessie**Cystoscopie (voir aussi la règle d'évaluation 32)**

Diagnostique – ce service comprend cathétérisme des uretères, calibrage des uretères, injection de substance opaque pour pyélographie et urétérographie (pyélographie par voie rétrograde),

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
prises d'urine urétérale (épreuve fonctionnelle individuelle, épreuve de Howard, épreuves fonctionnelles intraveineuses), urétroscopie, calibrage et dilatation de l'urètre, ainsi qu'un examen bimanuel	B	1266	69	4
Avec méatotomie et réparation plastique	D	1281	110	4

 **Note de l'assurance-maladie : La cystoscopie diagnostique associée aux codes 1274, 1275 ou 1394 est payable une fois pendant la période préopératoire de 30 jours ou, si elle est effectuée le jour de l'opération, à 75 % du tarif prévu.**

Thérapeutique – ce service comprend

électrocoagulation simple de tumeurs et d'ulcère vésical de Hunner, résection du col vésical chez la femme, méatotomie électrochirurgicale de l'orifice urétéral, extraction de corps étranger ou de calcul, évacuation de caillot et biopsie. La méatotomie simple, la dilatation de l'urètre, etc., au besoin, sont comprises dans ce service

.....	D	1277	162	4
Avec électroexcision de tumeurs incluant la base et le muscle adjacent– unique	D	1274	238	5
– multiple	D	1275	339	5
Avec insertion de substance radioactive – à ajouter aux actes associés.....	D	1279	38	UD
Litholapaxie, visuelle ou tactile, et extraction de fragments.....	D	1280	185	4
Insertion de moule de Gibbon ou cathéter intérieur en J	D	1753	231	6

P T

Études urodynamiques

Cystométrogramme, étude complète.....	B	2077	23	46
Électromyographie	B	2078	23	46
Étude de pression urétrale	B	2079	30	60
Étude du débit urinaire	B	2080	7	14
Mesure du volume vésical par échographie transabdominale	B	8604*	5	10

(P, T = composantes professionnelles, techniques)

gen an

Incision

Cystotomie ou cystostomie (Veuillez préciser cystotomie ou cystostomie lorsque vous facturez cet acte en même temps que d'autres actes)	D	1282	115	5
---	---	------	-----	---

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Avec électrocoagulation de tumeur	D	1283	231	5
Cystotomie avec trocart et canule et insertion de tube	B	1284	54	4
Cystolithotomie	D	1285	154	5
Excision				
Urétérocélectomie	D	1286	231	5
Avec réimplantation de l'uretère	D	1287	370	5
Cystectomie partielle – pour atonie.....	D	1288	308	6
Pour tumeur ou diverticule	D	1289	370	6
Avec réimplantation de l'uretère	D	1290	415	6
Cystectomie ou prostatocystectomie totale.....	D	1291	370	11
Additionnelle à une opération iléo-urétérale	D	1249	254	
Avec colocystoplastie	D	1292	616	11
Deuxième chirurgien	D	1293	154	
Cystectomie radicale, comportant hystérectomie chez la femme et vésicules séminales et prostate chez l'homme.....	D	1268	609	8
Néovessie iléale	D	8603*	900	9
Excision de l'ouraquet et réparation de la vessie	D	1294	231	6
Réparation				
Exstrophie – fermeture primaire.....	D	1295	308	6
Dérivation urinaire pour exstrophie vésicale, excision de vessie ectopique et réparation de la paroi abdominale	D	1296	616	6
Excision de la vessie et réparation de la paroi abdominale.....	D	1297	231	6
Cystostomie cutanée.....	D	1984	308	6
Réparation de vessie rupturée.....	D	1298	277	6
Iléo-cystoplastie (ou colocystoplastie).....	D	1299	462	7
Opération de Boari +/- fixation au psoas	D	1733	462	6
Réséction sous-pubienne du col vésical	D	1300	231	6
Réparation plastique du col vésical (enfant-adulte) ..	D	1301	308	6
Avec urétéro-néocystostomie				
– unilatérale, en supplément	D	1302	77	UD
– bilatérale, en supplément.....	D	1303	154	UD
Fermeture de fistule – externe, sous-pubienne.....	D	1304	185	5
Vésico-vaginale – par voie transvésicale.....	D	1305	415	6
Vésico-rectale ou vésico-sigmoïde	D	1306	308	6
Cystopexie, avec fixation de la paroi antérieure de la vessie.....	D	1208	370	5
Suspension par bandelette aponévrotique	D	8600*	550	5

Urètre

Endoscopie

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Biopsie par endoscopie.....	B	1307	46	4
Urétrotomie interne	D	1308	92	4
Extraction de corps étranger ou calcul	D	1309	115	4
Extraction méatale de corps étranger	C	1310	23	4
Incision				
Sphinctérotomie urétrale	D	2170	254	4
Urétrotomie – externe	D	1311	185	4
– interne, à l’œil	D	2862	185	4
Méatotomie et réparation plastique	C	1312	54	4
Pour extravasation d’urine avec drainage multiple	D	1313	185	4
Avec urétrotomie externe ou cystotomie	D	1314	277	4
Abcès périurétral	C	1315	38	4
Excision				
Caroncule	C	1316	54	4
Par cystoscopie	D	1317	92	4
Papillome urétral – unique ou multiple	D	1318	92	4
Prolapsus	C	1319	62	4
Par cystoscopie	D	1320	92	4
Rétrécissement – en un temps, avec dérivation.....	D	1321	277	4
– en deux temps – premier temps.....	D	1322	139	4
– deuxième temps ..	D	1323	277	4
Diverticulectomie – chez l’homme ou la femme	D	1324	192	4
Valve de l’urètre postérieur – par endoscopie.....	C	1325	77	4
Par opération ouverte	D	1326	192	4
Biopsie.....	B	1327	23	4
Urétréctomie totale.....	D	1985	308	4
Réparation				
Implantation de sphincter urinaire artificiel	D	1207	500	5
Suspension urétrale.....	D	1328	231	4
Suspension uréthro-vésicale pour incontinence d’effort	D	1329	277	5
Avec cystectomie partielle.....	D	1330	370	5
Suspension vésicale par laparoscopie.....	D	8341	356	5
Prothèse chirurgicale pour incontinence	D	1986	308	4
Urétroplastie	D	1987	IC	4
Opération de Johanson – chaque temps.....	D	2298	310	4
Urétroplastie par greffe en îlot en un temps	D	1729	370	4
Injections péri-urétérales de collagène pour la correction de l’incontinence.....	D	836	225	4
Suture				
Rupture – urètre antérieur (dérivation urinaire en supplément).....	D	1331	185	4
Urètre postérieur – réparation immédiate	D	1332	323	4

Actes de chirurgie urologique (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– réparation tardive.....	D	1333	462	4
Urètre membraneux.....	D	1334	277	4
Fistule recto-urétrale.....	D	1335	308	6
Avec colostomie	D	1336	385	6
Manipulation				
Dilatation de rétrécissement – anesthésie locale	A	1337	15	
Anesthésie générale	A	1338	38	4
Sondes filiformes et dilatations suivantes.....	A	1339	28	

Organes reproducteurs chez l'homme

	liste	code	unités gen	unités an
<i>Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.</i>				
Pénis				
Cytologie				
Cytologie par technique colposcopique. Comprend biopsies et curetage	B	1957	32	
Incision				
Scission du prépuce – nouveau-né	C	1340	8	
– nourrisson ou enfant de moins de 12 ans	C	1341	8	4
– adulte	C	1342	15	4
Réduction de paraphimosis, incluant incision dorsale – anesthésie générale.....	C	2084	38	4
Excision				
Circoncision – ablation chirurgicale du prépuce.....	D	1345	162*	4
Frénotomie pénienne – anesthésie générale	C	2085	38	4
Condylomes	C	1346	38	4
Biopsie	B	1347	23	4
Amputation				
Partielle	D	1348	231	4
Avec évidement ganglionnaire inguinal – en 1 ou 2 temps	D	1349	370	5
Totale avec évidement ganglionnaire inguinal et fémoral – 1 ou 2 temps.....	D	1350	462	5
Réparation				
Reconstruction plastique après circoncision	D	2086	116	4
Épispadias.....	D	1351	231	4
Hypospadias – incluant dérivation urinaire				
Réparation de chordée – premier temps.....	D	1352	154	4
Reconstruction plastique de l'urètre – pénien.....	D	1353	269	4
Pénioscrotal ou périnéal.....	D	1354	346	4
Fermeture de fistule uréthro-cutanée.....	D	1355	154	4
Priapisme, dérivation vasculaire – un seul chirurgien ou équipe.....	D	1988	231	4
Prothèse pénienne pour impuissance.....	D	2347	154	4
Prothèse pénienne gonflable				
– insertion ou réinsertion	D	8339	340	4
– enlèvement.....	D	8340	255	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Le tarif de réinsertion comprend l'enlèvement de la prothèse originale.**

Organes reproducteurs chez l'homme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Excision de plaque (Peyronie).....	D	8601	194	4
Procédure de Nesbit pour la Maladie de Peyronie	D	8602	350	4
Testicules				
Incision				
Abcès	C	1356	38	4
Excision				
Orchidectomie – unilatérale	D	1357	139	4
Radicale pour tumeur maligne (ablation complète du cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne)	D	2348	250*	4
Biopsie – seul	B	1358	38	4
Avec vasographie	D	1359	77	4
Réparation				
Orchidopexie ou exploration de testicule par voie inguinale, unilatérale.....	D	1360	277	4
Réduction de torsion du testicule ou de l'hydatide sessile et réparation	D	1361	139	4
Rupture du testicule.....	D	1362	139	4
Prothèse testiculaire pour malformation.....	D	2349	123	4
Épididyme				
Incision				
Abcès	C	1363	38	4
Excision				
Spermatocèle	D	1364	139	4
Épididymectomie unilatérale.....	D	1365	139	4
Anastomose, épидидymovasostomie, unilatérale	D	1366	139	4
Tunique vaginale				
Excision				
Hydrocèle unilatérale	D	1367	139	4
Aspiration	B	1368	8	
Scrotum				
Incision				
Abcès ou hématocèle.....	C	1369	38	4
Exploration unilatérale	D	1370	92	4
Suture				

Organes reproducteurs chez l'homme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Traumatisme, lacération – selon l'étendue et les complications (voir lacérations, système tégumentaire)	D	1371	CS	4
Canal déférent				
Vasographie – acte isolé	C	1372	38	4
Réparation				
Anastomose unilatérale	D	1373	130	4
Incluant biopsie et vasographie.....	D	1374	177	4
Suture				
Ligature bilatérale (vasectomie)	C	1375	132	4
Cordon spermatique				
Excision				
Hydrocèle – unique	D	1377	139	4
Varicocèle – unique.....	D	1376	139	4
Haute ligature par voie rétro-péritonéale	D	2863	228	6
Vésicules séminales				
Incision				
Abscess	D	1378	77	4
Excision				
Vésiculectomie	D	1379	462	4
Prostate				
Incision				
Avec drainage d'abcès.....	D	1380	77	4
Avec exérèse de calcul (par voie périnéale).....	D	1381	269	4
Biopsie par voie périnéale – par opération ouverte....	D	1382	154	4
Par ponction-biopsie	B	1383	62	4
Avec cystoscopie.....	B	1384	101	4
Ultrasonographie de la prostate.....	B	1209	77	4
Par ponction-biopsie	B	1210	108	4
Excision				
Par voie périnéale	D	1385	370	7
Radicale	D	1386	462	7
Avec vésiculectomie	D	1387	554	7
Par voie sus-pubienne – en 1 ou 2 temps.....	D	1388	407	7
Avec diverticulectomie	D	1389	508	7

Organes reproducteurs chez l'homme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Avec cystectomie partielle pour atonie de la vessie.....	D	1390	508	7
Par voie rétropubienne – simple	D	1391	407	7
Vésiculectomie radicale	D	1392	508	7
Avec vésiculectomie	D	1393	609	7
Endoscopie				
Électrorésection transurétrale	D	1394	427	6
Drainage transurétral	C	1395	77	5
Résection du col vésical – enfant	D	1396	153	5
– adulte	D	1397	254	5

Organes reproducteurs chez la femme

	liste	code	unités gen	unités an
Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.				
Avortement				
Incomplet. Examen de l'utérus sans dilatation et curetage ni anesthésie (acte à l'hôpital seulement)	C	1398	50	0
Complet			TV	
Incomplet, incluant D et C (visites prénatales en supplément au tarif des visites au cabinet)	D	1400	100	4
Thérapeutique – incluant déclenchement par injection de soluté salin ou de prostaglandine	D	1401	125	4
Hystérotomie par voie abdominale ou vaginale	D	1402	192	6
Accouchement chirurgical				
Césarienne (spéc obs/gyn)	D	8701	513	8
Césarienne.....	D	1404	425	8
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale (spéc obs/gyn)	D	8702	600	10
Hystérectomie avec césarienne, sous-totale ou totale	D	1405	600	10
Accouchement chirurgical, autre que par césarienne (spéc obs/gyn)	D	8703	447	7
Accouchement chirurgical, autre que par césarienne	D	1406	370	7
Grossesses gémellaires, accouchements vaginaux ou par césarienne – par naissance additionnelle, en supplément	D	1413	50	UD
Réparation de déchirures périnéales, cervicales ou vaginales (pendant l'accouchement) – consultation et acte.....	D	1407	77	7
Extraction du placenta en cas de rétention – consultation et acte.....	D	1408	77	7
Déclenchement chirurgical ou médical du travail – consultation et acte, une ou plusieurs tentatives	C	1409	55	5
 Note de l'Assurance-maladie : Le tarif d'accouchement comprend les soins durant un travail prolongé. Les codes 1407 et 1408 ne sont pas payables en plus du tarif d'accouchement au même médecin. De la même façon, le code 1409 n'est pas payable si un accouchement vaginal ou par césarienne suit dans les trois jours.				
Suture de col utérin béant, au cours de la grossesse...	D	1411	154	4
Transfusion foetale intra-utérine	D	1412	192	
Version céphalique externe	C	8704*	100	
Amniocentèse	B	1414	50	
Prélèvement prénatal sur le cuir chevelu (p ^H), tarif global du premier et des prélèvements subséquents	B	2953	50	
Insertion d'un cathéter de pression intra-utérine.....	B	1811	50	

Organes reproducteurs chez la femme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Opération pour vagin artificiel	D	1437	308	6
Réparation du vagin pour dédoublement.....	D	1438	139	4
Fermeture de fistule – vésico-vaginale	D	1439	308	6
– recto-vaginale	D	1440	308	6
– urétéro-vaginale.....	D	1441	370	6
Caroncule de l'urètre ou prolapsus de la muqueuse...	D	1442	62	4
Entérocele	D	1443	319	5
Opération rétropubienne pour incontinence (Marchetti).....	D	1444	277	5
Urétérolyse pour dégagement d'obstruction de l'uretère – Laparotomie ou laparoscopie	D	1257	308	6
Hématome – évacuation, anesthésie locale	C	362	15	
Évacuation d'hématome de la vulve ou du vagin, anesthésie générale.....	C	2851	85	4
Réparation de lacérations			(page 7/3)	
Dégagement périnéal, plastie en Z	D	8335	300	4
Manipulation				
Examen et/ou dilatation, anesthésie générale (acte isolé).....	C	1445	31	4
Trompes de fallope				
Endoscopie				
Culdoscopie	C	1446	77	4
Incision				
Grossesse extra-utérine – traitement par technique chirurgicale conservatrice	D	1792	311	6
Excision				
Salpingectomie et salpingo-ovariectomie (uni ou bilatérale)	D	1447	261	6
Réparation				
Tuboplastie	D	1448	261	6
Stérilisation, par voie abdominale ou vaginale (payable au plein tarif avec un accouchement; à 50% avec une césarienne).....	D	1449	157	6

 **Note de l'Assurance-maladie : Veuillez indiquer abdominal ou vaginal lorsque vous facturez d'autres actes.**

Ovaire

Excision

Organes reproducteurs chez la femme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Kyste ovarien.....	D	1450	231	6
Kyste paraovarien.....	D	1451	231	6
Biopsie par coincement – ovaires.....	D	1760	231	6
Laparotomie pour traitement postcancéreux ou pour détermination du stade d'une tumeur cancéreuse ovarienne.....	D	2954	350	7

Utérus et col utérin

Incision

Hystérotomie	D	1452	231	6
--------------------	---	------	-----	---

Excision

Curetage diagnostique	B	1453	81	4
-----------------------------	---	------	----	---

Myomectomie.....	D	1454	277	6
------------------	---	------	-----	---

Hystérectomie

Hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie..	D	835	425	6
--	---	-----	-----	---

Totale – par voie abdominale (spéc obs/gyn).....	D	8700	334	6
--	---	------	-----	---

Totale – par voie abdominale	D	1455	325	6
------------------------------	---	------	-----	---

Par voie vaginale.....	D	1456	328	6
------------------------	---	------	-----	---

Par voie abdominale ou vaginale avec réparation de rectocèle et/ou cystocèle	D	1457	405	6
---	---	------	-----	---

 **Note de l'Assurance-maladie : Veuillez indiquer abdominal ou vaginal lorsque vous facturez d'autres actes.**

Partielle ou sous-totale +/- salpingo-ovariectomie	D	1458	231	6
--	---	------	-----	---

Avec rectocèle et/ou cystocèle	D	1459	308	6
--------------------------------------	---	------	-----	---

Suspension sacrosciatique du dôme vaginal – en supplément.....	D	2974	77	UD
---	---	------	----	----

Radicale (Wertheim).....	D	1460	539	8
--------------------------	---	------	-----	---

Hystérectomie prolongée avec statification	D	1817	473	6
--	---	------	-----	---

Échantillonnage des ganglions para-aortiques (en supplément)	D	1818	110	--
---	---	------	-----	----

Cloisonnement de l'utérus.....	D	1461	308	6
--------------------------------	---	------	-----	---

Polype cervical, sans DC.....	B	1462(1)	15	4
-------------------------------	---	---------	----	---

Amputation du col.....	D	1463	139	4
------------------------	---	------	-----	---

Moignon cervical – vaginale	D	1464	185	4
-----------------------------------	---	------	-----	---

– abdominale	D	1465	231	6
--------------------	---	------	-----	---

Biopsie du col, du vagin ou de la vulve sous anesthésie générale.....	B	1466	38	4
--	---	------	----	---

Hydrocèle du canal de Nuck	D	1467	92	4
----------------------------------	---	------	----	---

Névrectomie présacrée	D	1468	277	6
-----------------------------	---	------	-----	---

Résection/ablation transcervicale d'endomètre.....	D	1835	328	6
--	---	------	-----	---

(1) Ce code est payable au plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.

Organes reproducteurs chez la femme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Introduction				
Insufflation, test de Rubin	C	1469	31	4
Bloc paracervical pour évaluation pelvienne	B	1803	38	--
Biopsie endométriale.....	B	1470(1)	20	4
Hystérosalpingographie	B	2164	63	
Stérilet – insertion	B	1472(1)	25	4
– enlèvement.....	C	2852	15	
Pose d'un diaphragme	A	1723	13	
Endoscopie				
Hystérocopie – diagnostique, +/- DC, +/- biopsie	B	2977	90	4
Hystérocopie thérapeutique	D	2978	162	4
Résection hystérocopique d'endomètre ou de tumeurs myométriales	D	1836	339	6
 (1) Ces codes sont payables au plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.				
Colposcopie				
Dépistage	C	2419	8	
Investigation de cytologie anormale par technique colposcopique incluant biopsies et curetage	B	2420	48	
Conisation du col au laser incluant colposcopie ou excision électrochirurgicale par anse du col de l'utérus le même jour	B	2930	113	4
Conisation au laser dans les 30 jours d'une colposcopie ou conisation antérieure.....	B	2931	77	4
  Note de l'Assurance-maladie : Les consultations des cas référés sont payables en plus des codes 2930 et 2931 à moins qu'un tarif de consultation ait été payé au cours des 30 jours précédents.				
Réparation				
Suture du vagin, du col ou de la vulve sous anesthésie générale (en dehors de l'accouchement).....	D	1722	85	6
Hystéropexie (suspension utérine)	D	1473	192	6
Avec DC	D	1474	277	6
Avec rectocèle et cystocèle.....	D	1475	308	6
Col +/- biopsie.....	D	1476	139	3
Béance du col – réparation chirurgicale.....	D	1477	154	4
Inversion utérine – réparation chirurgicale	D	1478	277	4
– réduction manuelle	D	1479	115	4
Opération d'interposition	D	1480	308	4
Électrocautérisation du col – acte au cabinet	B	1481(1)	15	
Cryothérapie ou traitement au laser du col pour condylomes	C	2351	30	4
Biopsie du vagin, du col ou de la vulve – acte au cabinet.....	B	1482(1)	15	
Conisation du col.....	D	1483	92	4

Organes reproducteurs chez la femme (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Insertion de radium – chaque application.....	D	1484	154	4

- (1) Ces codes sont payables au plein tarif chaque fois que le paiement en est autorisé.

Actes de neurochirurgie

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Préambule

Dans les cas de paraplégie et dans les cas de lésions cérébrales, traumatiques ou autres, traitées chirurgicalement, le tarif des visites quotidiennes s'ajoute au tarif chirurgical après un mois d'hospitalisation.

 *Note de l'Assurance-maladie : La période postopératoire normale est de *30 jours.*

	liste	code	unités gen	unités an
Nerfs périphériques				
Biopsie de nerf	B	1546	38	4
Suture primaire, nerf majeur	D	1485	269	4
Exploration et neurolyse, ou transposition, nerf majeur	D	1486	192	4
Névrectomie – nerf majeur	D	1487	231	4
– nerf mineur	D	1497	154	4
Suture secondaire, nerf majeur	D	1488	269	4
Greffe nerveuse	D	1503	314	4
Exploration du plexus brachial	D	1489	385	5
Exploration et neurolyse du nerf sciatique	D	1490	308	4
Syndrome d'étranglement	D	1491	154	4
Transplantation de névrome	D	1504	154	4
Excision de tumeur	D	1492	308	4
Système neurovégétatif				
Sympathectomie – cervicale	D	1493	308	6
– cervico-thoracique	D	1494	385	10
– dorsolombaire (Smithwick)	D	1495	616	13
– lombaire	D	1496	254	6
Actes de diagnostic et de traitement mineur				
(Voir aussi « Actes diagnostiques et thérapeutiques » à la page 21/1 et « Actes cliniques » à la page 22/1).				
Ponction lombaire	B	177	38	
Ponction sous-durale	B	178	23	
Chaque ponction additionnelle	B	179	23	
Ponction ventriculaire	C	1500	77	4
Drainage ventriculaire continu	D	1501	154	4
Ponction cisternale	B	180	46	
Myélographie	B	181	63	4
Pneumoencéphalographie	B	182	107	5
Ventriculographie	B	1506	179	6
Écho-encéphalographie	B	173	15	

Actes de neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Stimulation – colonne dorsale, incluant le tarif de la visite.....	C	2377	23	
Cérébelleuse, incluant le tarif de la visite.....	C	2378	38	
Transcutanée (ne s'applique pas à l'acupuncture)				
La première, incluant consultation, examen, etc ...	C	2379	77	
Subséquente, incluant le tarif de la visite	C	2380	23	

Traumatismes crâniens**Crâne**

Traction (page 8/5)

Traitement chirurgical

Fracture simple avec enfoncement – dure-mère intacte.....	D	1517	231	15
Dure-mère déchirée.....	D	1518	385	15
Lésion cérébrale importante	D	1519	462	15
Fracture ouverte avec enfoncement – dure-mère intacte.....	D	1520	308	15
Dure-mère déchirée.....	D	1521	462	15
Intéressant les sinus ou avec lésion cérébrale importante (corps étranger, hématome, etc.)	D	1522	550	15
Craniectomie décompressive – sous-temporale	D	1523	308	15
– sous-occipitale	D	1524	462	15
Trépanation diagnostique – premier trou initial	D	1525	154	15
– chaque trou additionnel .	D	1526	77	
Craniotomie pour décompression orbitaire	D	1527	539	15
Cranioplastie.....	D	1528	462	15

Méninges, traitement chirurgical d'hématome

extradural ou d'hématome, hygroma ou épanchement sous-dural – extradural	D	1529	616	11
Sous-dural – par trépanation.....	D	1530	462	11
– par craniotomie.....	D	1531	616	11
– chez un enfant, par aspiration répétée ...	D	1532	231	11

Traumatismes rachidiens (voir aussi « Appareil musculo-squelettique »)

Fracture d'apophyse épineuse (exérèse chirurgicale)	D	1533	115	8
Fracture vertébrale, fracture-luxation, luxation ou subluxation				
Sans lésion médullaire – surveillance, repos au lit.....			TV	
Réduction chirurgicale.....	D	2767	462	10
Avec ostéosynthèse.....	D	1539	539	8
Réduction chirurgicale et fusion conjointement avec un chirurgien-orthopédiste (tarif du neurochirurgien).....	D	1540	462	8

Actes de neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Pincés à traction squelettique crânienne	D	1541	250	5
Avec lésion médullaire – simple surveillance, repos au lit			TV	
Réduction chirurgicale.....	D	1543	539	8
Avec ostéosynthèses	D	1544	539	8
Réduction chirurgicale et fusion conjointement avec un chirurgien-orthopédiste (tarif du neurochirurgien).....	D	1545	462	8
Pincés à traction squelettique crânienne	D	1541	250	5
Instruments (excepté les plaques, les broches, etc.).....	D	8404*	1175	12

 ***Note de l'Assurance-maladie : Les instruments pourront être utilisés pour les fractures, les luxations ouvertes, les fusions, les greffes et les corporectomies.**

Crâne

Craniectomie linéaire pour craniosynostose – une suture	D	1547	308	11
Deux sutures, tarif global, en un ou deux temps	D	1548	462	11
Plus de deux sutures, tarif global, en un ou plusieurs temps	D	2353	616	11
Excision de tumeur crânienne	D	1549	385	11
Avec cranioplastie	D	2354	462	11
Craniectomie pour ostéomyélite	D	1550	CS	11
Réouverture de craniotomie pour hématome ou infection postopératoire ou pour excrèse d'os ou plaque	D	2376	231	11
Craniotomie pour hypertélorisme	D	2355	616	15

Cerveau

Craniotomie – par voie sus-tentorielle – pour excrèse de corps étranger, kyste, tumeur, tumeur hypophysaire, hématome intracérébral, lobectomie... – par voie sous-tentorielle ou basale.....	D	1551	769	15
Pour excision de cicatrice du cortex en cas d'épilepsie	D	1552	769	15
Pour hémisphérectomie	D	1553	769	15
En cas de malformation artério-veineuse	D	1554	1600	15
Pour oblitération d'anévrisme cérébral	D	1555	1600	15
Pour biopsie cérébrale	D	1556	616	15
Pour hypophysectomie ou section de la tige hypophysaire	D	1557	769	15
Pour hypophysectomie transsphénoïdale	D	2951	1160	15
Pour tractotomie médullaire ou mésencéphalique.....	D	1558	769	15
En cas de fistule carotido-caverneuse	D	1559	769	15
Pour destruction stéréotaxique d'un nerf incluant				

Actes de neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
ventriculographie	D	2365	616	15
En cas de rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien	D	1758	850	15
Craniotomie – emploi de microscope opératoire – en supplément.....	D	2958	100	
Biopsie stéréotaxique de tumeurs, d'abcès ou autres lésions	D	1837	450	15
Craniotomie du patient éveillé avec cartographie corticale pour tumeur cérébrale	D	8750*	1700	15
Abcès cérébral				
Craniotomie et excision totale, soins complets	D	2356	769	15
Trépanation et aspiration	D	2357	308	7
Subséquentes.....	D	2358	154	7
Aspiration subséquente.....	D	2359	77	7
Dérivations pour traitement d'hydrocéphalie – tout genre y compris révision (ventriculo-auriculaire, ventriculo-péritonéale, lombo-péritonéale, etc.), ventriculo-cisternostomie (Torkildsen).....				
D	D	1561	462	15
Exérèse de l'appareillage de dérivation	D	2360	154	10
En acte additionnel	C	1502	85	
Ponction du réservoir de dérivation, pour aspiration ou injection	D	2361	154	7
Thalamotomie, pallidotomie, cingulotomie stéréotaxique avec enregistrement et stimulation en profondeur				
D	D	1563	616	15
Ponction pour aspiration ou biopsie de tumeur (incluant trépanation).....				
D	D	1564	231	7
Lobotomie				
D	D	1565	231	15
Implantation de stimulateurs cérébelleux.....				
D	D	2362	154	15
Implantation d'enregistreur de pression (cathéter ou transducteur) pour monitoring.....				
D	D	2363	154	15
Révision subséquente ou remplacement.....				
D	D	2364	38	7
Chirurgie vasculaire				
Pince de Silverstone ou ligature de la carotide				
D	D	1566	308	15
Endartériectomie carotidienne				
D	D	1973	700	15
Avec greffe en îlot.....				
D	D	1568	764	15
Avec greffe et dérivation par pontage				
D	D	1569	828	15
Embolisation cérébrale artificielle – extracrânienne				
D	D	1570	385	15
– intracrânienne				
D	D	1571	616	15
Endartériectomie vertébrale avec greffe en îlot.....				
D	D	1572	539	15
Chirurgie reconstructive d'artère intracrânienne (embolectomie, endartériectomie, etc.).....				
D	D	1573	769	15
Revascularisation cérébrale – anastomose microvasculaire extracrânienne-intracrânienne.....				
D	D	1560	1040	15

Actes de neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Moelle épinière				
Laminectomie – pour excision de néoplasme, hématome, anomalie vasculaire, pachyméningite constrictive de la moelle épinière ou des racines médullaires	D	1574	539	8
Pour ouverture de la dure-mère et exploration ou biopsie de la moelle ou des racines médullaires ou section de ligaments denticulés.....	D	1575	539	12
Pour décompression de la moelle ou de la queue de cheval	D	1576	539	8
Pour traitement d'abcès épidual.....	D	1577	539	8
Pour exploration de cavité syringomyélique.....	D	1578	539	12
Pour tractotomie spinothalamique (chordotomie	D	1579	462	8
Pour rhizotomie antérieure ou postérieure	D	1580	462	8
Pour rhizotomie en cas de torticolis spasmodique, incluant le nerf spinal.....	D	1581	539	9
Niveaux multiples laminectomies	D	821	639	8
Implantation de stimulateur de la moelle– permanent	D	2366	539	8
Provisoire (percutané)	D	2367	231	8
Exérèse ou révision de stimulateur de la moelle	D	2368	231	8
Chordotomie percutanée (générateur de lésions).....	D	2950	350	6
Excision de méningocèle.....	D	1582	308	12
Excision de myéломéningocèle ou encéphalocèle	D	1583	462	12
Myélotomie unilatérale ou bilatérale.....	D	2369	539	8
Nerfs crâniens				
Craniectomie de la fosse postérieure – avec rhizotomie.	D	1584	616	15
Avec greffe du 7 ^e nerf	D	1585	539	15
Décompression microvasculaire du trijumeau.....	D	1757	900	15
Rhizotomie percutanée du trijumeau	D	2948	300	6
Révision dans les 60 jours.....	D	2949	225	6
Anastomose du grand hypoglosse ou du nerf spinal avec le nerf facial	D	1586	385	6
Craniectomie sous-temporale – avec rhizotomie du 5 ^e nerf.....	D	1587	539	15
Avec décompression du ganglion de Gasser.....	D	1588	539	15
Section extracrânienne du nerf spinal et/ou d'autres nerfs périphériques, pour traitement de torticolis spasmodique	D	1589	231	6
Avulsion de nerfs mandibulaires, sus-orbitaires, sous- orbitaires, occipitaux	D	1590	92	4
Destruction chimique	C	1591	54	

Actes de neurochirurgie (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Disques				
Cervicaux				
Discoïdectomie pour hernie – unilatérale.....	D	1592	539	10
Bilatérale, multiple ou récidivante.....	D	1593	650	10
Discoïdectomie par voie antérieure avec fusion				
– un niveau	D	1594	539	10
– deux niveaux	D	1595	650	10
Dorsaux – discoïdectomie pour hernie				
Discoïdectomie par voie transthoracique pour lésion	D	2370	539	13
Lombaires – hernie unilatérale.....				
– hernie bilatérale, multiple ou récidivante...	D	1598	539	8
Discoïdectomie ou laminectomie conjointement avec un chirurgien-orthopédiste pour fusion – hernie				
unilatérale	D	1599	385	8
Hernie bilatérale, multiple ou récidivante.....	D	1600	462	8
Chimionucléolyse sous contrôle fluoroscopique	D	1759	250	6

Opérations de l'oeil

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Toute opération majeure comprend 30 jours de soins postopératoires.

 **Note de l'Assurance-maladie : Aucun tarif n'est payable en supplément pour l'emploi de microscope opératoire dans l'exécution des actes ophtalmologiques.**

Ablation chirurgicale de l'oeil

Éviscération du contenu oculaire – sans prothèse.....	D	1646	192	5
Avec prothèse +/- insertion de muscles.....	D	1647	231	5
Énucléation du globe oculaire – sans prothèse	D	1643	192	5
Avec prothèse +/- insertion de muscles.....	D	1644	231	5
Actes secondaires relatifs à la prothèse	D	1645	154	5
Prélèvement des yeux d'un donneur	C	2470	80	
Ablation de la bordure sclérocornéenne.....	C	2994	154	---
Conservation de tissu cornéen.....	C	2995	115	---

Éviscération de l'orbite +/- greffe cutanée

Évidement de la cavité orbitaire +/- greffe cutanée	D	1660	462	5
Avec exérèse curative d'os orbitaire	D	1661	616	5
Avec greffe de muscle temporal.....	D	2189	462	5

Opérations de muscles extraoculaires

Opérations pour strabisme – un ou plusieurs muscles....	D	1655	387*	6
Opérations subséquentes, dans les trois mois.....	D	1656	115	6
Biopsie	D	2190	231	5
Exérèse de lésion.....	D	2191	231	5
Réparation de muscles à la suite de traumatisme.....	D	2192	231	5

Autres opérations de l'orbite

Abcès orbitaire, incision et drainage.....	D	1657	154	5
Exploration orbitaire	D	1658	385	5
Exérèse de tumeur ou lésion orbitaire.....	D	1659	385	5
Orbitotomie avec exérèse de corps étranger intraorbitaire	D	1662	231	5
Injection rétro-orbitaire.....	C	1663	38	
Réduction de fracture du plancher de l'orbite +/- plastie du plancher	D	2241	269	8
Rebord orbitaire – réduction fermée	D	2193	115	4
– réduction chirurgicale	D	2194	231	4

Paupières

Épilation pour trichiasis	A	1624	8	
Électrolyse et/ou cryothérapie.....	C	1625	23	4

Opérations de l'oeil (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Injection de toxine botulinum oculin en cas de blépharospasme	C	2992	50	---
Abcès, incision et drainage	C	1626	15	4
Chalazion ou kyste du tarse – anesthésie locale	C	1627	25	
– anesthésie générale.....	C	2415	38	4
Section de la commissure par canthotomie, avec sutures	C	1628	23	4
Toute opération plastique de la paupière ou de l'orbite				
Mineure	D	1630	48	5
Majeure	D	1631	318	5
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur	D	2266	225	5

 **Note de l'Assurance-maladie : Bléharoplastie : voir le préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.**

Tarsorrhaphie	D	2195	115	4
Réparation d'ectropion ou entropion				
Simple, opération de Ziegler, acte au cabinet	C	2267	38	
Raccourcissement horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent.....	D	2268	150	4
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets				
1/3 de la paupière ou moins	D	2271	150	5
Plus de 1/3 de la paupière.....	D	2272	385	5
Réparation de blessure de la paupière – réparation de lacération	D	2227	46	5
Réparation, d'épaisseur totale	D	2196	154	5

Appareil lacrymo-nasal

Dilatation, sondage ou irrigation, acte au cabinet				
Un côté	A	1633	15	
Les deux côtés	A	1634	23	
Sondage du canal lacrymal, uni ou bilatéral – anesthésie générale	C	1635	49	4
Abcès du sac lacrymal – incision.....	C	1636	38	4
Dacryocystectomie	D	1637	231	5
Dacryocysto-rhinostomie	D	1638	366	5
Excision de glande lacrymale	D	1639	231	5
Intubation du conduit lacrymo-nasal	C	1640	54	4
Réparation de canalicule déchiré	D	1641	231	5
Conjonctivorhinostomie +/- tube	D	2197	308	5
Réparation de fistule	D	2198	269	5
Opération mineure de point lacrymal	C	2199	23	5
Injection pour radiographie.....	C	2277	23	

Opérations de l'œil (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Conjonctive				
Injection sous-conjonctivale ou sous la capsule de Tenon.....	A	1601	15	4
Suture de plaie.....	C	1602	23	4
Exérèse de ptérygion.....	D	1603	102*	4
Péritomie	D	1604	54	4
Biopsie de la conjonctive.....	B	1605	54	4
Grattage de la conjonctive pour granulations trachomateuses	C	1606	23	4
Expression de granulations de la conjonctive.....	C	1607	23	4
Lambeau de Gunderson	D	1608	269	4
Lambeau conjonctival en tirant de bourse	D	1609	115	4
Greffe libre de la conjonctive	D	1610	77	4
Par muqueuse buccale	D	1611	115	4
Excision de lésion maligne de la conjonctive.....	D	2296	154	4
Avec greffe.....	D	2297	231	4
Section de symblépharon	D	2374	154	4
Extraction de corps étranger sous-conjonctival	C	2385	23	4
Reconstruction de cul-de-sac +/- greffe.....	D	2386	231	4
Incision et drainage.....	C	2387	38	4
Sclérotique				
Toute plaie perforante +/- prolapsus.....	D	1621	310	6
Réparation de staphylome.....	D	2388	308	6
Cornée				
Cautérisation d'ulcère cornéen – chimique, thermique, électrique ou mécanique.....	C	1612	15	4
Plaie perforante de la cornée +/- prolapsus de l'iris	D	1613	310	6
Paracentèse de l'humeur aqueuse	C	1614	38	4
Kératectomie superficielle	D	1615	231	6
Kératoplastie lamellaire	D	1616	385	6
Kératoplastie pénétrante.....	D	1617	571	6
Greffe pénétrante associée à l'extraction de cataracte....	D	2389	600	6
Kyste dermoïde.....	D	1618	115	6
Kératotomie.....	C	1619	38	6
Extraction magnétique de corps étranger profond de la cornée	C	1620	38	4
Biopsie	B	2390	54	4
Grattage diagnostique	C	2395	15	4
Traitement à l'AEDT ou agent semblable	C	2396	23	4

Opérations du glaucome

Opérations de l'oeil (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Sclérotomie postérieure (acte isolé).....	D	2397	115	6
Trabéculéctomie	D	2469	481	6
Iridotomie, iridectomie ou autre traitement chirurgicale du glaucome	D	1622	245	6

Opération intraoculaire

Lasérothérapie autre que la rétine.....	D	1814	216*	6
Ne s'applique pas à la correction réfractive				
Corps étranger intraoculaire (toute forme)	D	1642	310	6

Opérations de la cataracte

Cataracte, adulte, toute forme, incluant les luxations.....	D	1648	442	6
Cataracte congénitale ou précoce – acte initial.....	D	1649	442	6
Opération subséquente à l'aiguille	C	1650	77	6
Capsulectomie en acte isolé.....	D	1651	346	6
Extraction de cataracte avec implantation de lentille intraoculaire, en un temps	D	2398	436*	6
Implantation tardive de lentille intraoculaire	D	2399	375	6
Ablation de lentille intraoculaire	D	1672	257	6
Remplacement chirurgical de lentille intraoculaire luxée	D	1673	257	6

Autres opérations de la chambre antérieure de l'oeil

(autres que les opérations de la cornée et les opérations
du glaucome ou de la cataracte)

Libération d'adhérences dans la chambre antérieure.....	D	2400	115	6
Exérèse de tumeur de l'iris	D	1623	154	6
Exérèse de lésion par (irido) cyclectomie.....	D	2405	CS	6
Exérèse de prolifération épithéliale	D	2406	CS	6

Rétine

Rétinopexie – toute méthode	D	1653	616	6
Exérèse de bande encercleante +/- implant scléral.....	D	2371	150	6
Exérèse d'implant scléral – en acte isolé (non payable en supplément de la chirurgie majeure)	D	2372	115	6
Cryothérapie de la rétine, pour toute indication	D	1654	300	6
Lasérothérapie de la rétine.....	D	1813	286	6
Ne s'applique pas à la correction réfractive				
Injection intraveineuse de fluorescéine				
Sans photographie	B	2407	23	
Avec photographie du fond de l'oeil, sans interprétation.....	B	2408	38	
Avec photographie du fond de l'oeil et interprétation	B	281	58	
Angiographie, interprétation seulement	B	284	26	

Opérations de l'œil (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Corps vitré				
Aspiration d'humeur vitrée.....	C	1652	77	6
Discission de la membrane hyaloïde antérieure et/ou de fibrose du corps vitré.....	C	2409	77	6
Vitrectomie – antérieure.....	D	2410	231	6
– postérieure.....	D	2040	611	8

Opérations de l'oreille

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Oreille externe

Incision

Drainage d'abcès ou hématome du pavillon ou du conduit auditif externe	C	1664	59	4
Drainage d'hématome important du pavillon de l'oreille sous anesthésie générale.....	C	1769	115	4

Excision

Biopsie de l'oreille	B	1665	15	
Excision locale de lésion de l'oreille.....	C	1666	59	4
Excision complète de l'oreille – amputation de l'oreille.....	D	1667	115	4
Excision radicale de lésion maligne du conduit auditif externe	D	1668	308	4

Endoscopie

Enlèvement de cérumen		TV	(page 3/3)	
Otoscopie avec exérèse de corps étranger ou de tubes de myringotomie du conduit auditif externe	C	1669	15	
Sous anesthésie générale.....	C	1670	38	4

Réparation

Otoplastie – correction de malformation de l'oreille, unilatérale (moins de 18 ans).....	D	1671	318	5
--	---	------	-----	---

 **Note de l'Assurance-maladie : Otoplasties chez un adulte – voir le préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.**

Reconstruction de l'oreille pour microtie ou perte de l'oreille

Partielle – premier temps	D	2273	154	5
– temps subséquents.....	D	2274	154	5
Totale – étape majeure	D	2275	231	4
– étape mineure.....	D	2276	154	4
– maximum			616	
Drainage d'hématome.....	C	2278	38	4
Excision en coin et reconstruction.....	D	2280	115	4
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	4
Fistule préauriculaire– simple	D	2282	77	4
– compliquée ou récidivante	D	2283	154	4
Construction d'un conduit auditif pour atrésie congénitale				
Sans mastoïdectomie.....	D	1674	539	4
Avec mastoïdectomie.....	D	1675	616	7

Opérations de l'oreille (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Exérèse d'exostose du conduit auditif	D	2042	231	4
Oreille moyenne				
Incision				
Myringotomie, tympanotomie, plicotomie (soins postopératoires en supplément) – unilatérale	C	1676	23	4
– bilatérale	C	1677	46	4
Myringotomie, (microscopie peropératoire) et insertion de prothèse – un côté	C	1678	38	4
– les deux côtés	C	1679	88	4
 Note de l'Assurance-maladie : Une consultation est payable en plus des codes de service 1676, 1677 et 1678.				
Excision				
Mastoïdectomie – simple, unilatérale.....	D	1680	231	7
Radicale ou radicale modifiée, unilatérale.....	D	1681	385	7
Nettoyage microchirurgical d'une cavité mastoïdienne	C	1735	98	5
Exérèse de polype de l'oreille moyenne par serre- noeud.....	C	1682	31	4
Ossiculectomie	C	1683	77	5
Réparation				
Tympanotomie avec réparation de fistule de la fenêtre ronde et fermeture	D	1768	325	7
Révision d'une cavité mastoïdienne.....	D	1684	385	7
Mobilisation de l'étrier.....	D	1685	385	7
Stapédectomie	D	1686	539	7
Décompression du nerf facial.....	D	1687	462	7
Greffe du nerf facial	D	1688	539	7
Exploration de l'oreille moyenne	D	1689	231	7
Oreille interne				
Incision				
Labyrinthotomie – tout genre.....	D	1690	385	7
Excision				
Labyrinthectomie	D	1691	462	7
Réparation				
Fenestration de canal semi-circulaire	D	1692	385	7
Révision d'opération de fenestration.....	D	1693	385	7
Dérivation endolymphatique (House)	D	1694	CS	7
Décompression du sac endolymphatique	D	1736	539	7

Opérations de l'oreille (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Myringoplastie.....	D	1695	231	7
Reconstruction des osselets				
Sans myringoplastie.....	D	1696	308	7
Avec myringoplastie.....	D	1697	385	7
Tympanoplastie.....	D	1698	539	7
Réparation tympano-mastoïdienne (mastoïdectomie plus tympanoplastie +/- musculoplastie).....	D	1699	616	7

Actes de chirurgie plastique

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Préambule

1. Voir au préambule des actes chirurgicaux, pages 6/1, les règles concernant le paiement des actes multiples.
2. La période postopératoire de la chirurgie plastique est de *30 jours; les tarifs prévus comprennent les soins complets pendant cette période, y compris le traitement de toutes les complications des interventions exécutées.
3. La chirurgie exécutée à des fins esthétiques n'est pas un service assuré par de l'Assurance-maladie. Il s'ensuit que les frais d'anesthésie et d'hospitalisation rattachés à ces actes ne sont pas des services assurés.

De façon plus précise, voici des exemples de services qui ne sont pas payables :

- (a) Transplantation de cheveux
- (b) Rhytidectomie
- (c) Exérèse de xanthélasma
- (d) Dermabrasion au laser à fin esthétique
- (e) Exérèse de tatouage sauf en cas de complications tardives
- (f) Otoplastie chez un adulte sauf après traumatisme
- (g) Blépharoplastie esthétique
- (h) Rhinoplastie esthétique
- (i) Mastopexie
- (j) Mammoplastie d'augmentation à des fins esthétiques
- (k) Abdominoplastie esthétique
- (l) Liposuccion esthétique

4. Sont admissibles aux prestations de la chirurgie plastique exécutée autrement qu'à des fins esthétiques pour corriger les effets de traumatisme, brûlure, infection, ainsi que l'excision chirurgicale de lésions pour traitement ou diagnostic.

La période de temps depuis l'arrivée de l'événement causal ainsi que l'âge du malade seront pris en considération dans la détermination de l'admissibilité dans des cas particuliers. Dans le cas de cicatrices acnéiques, le temps écoulé depuis l'accalmie de l'affection est considéré.

5. La chirurgie congénitale plastique commencée avant l'âge de 18 ans pour la correction de malformations d'ordre esthétique est admissible aux prestations. De plus, la chirurgie correctrice applicable aux conditions suivantes est admissible aux prestations sans limite d'âge :
 - a) agénésie, dysgénésie ou malformation de sein
 - b) difformités de croissance causant une fissure labiale
 - c) anomalies de croissance
 - d) chirurgie de gynécomastie pour tumeur ou incapacité fonctionnelle majeure

Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
Avec greffe cutanée libre	D	2866	393	4
Chaque temps additionnel.....	D	2867	208	4
Avec greffe cutanée libre	D	2868	324	4
Greffe musculaire pédiculée, incluant greffes cutanées.....	D	612	420	5
Lambeau neuro-vasculaire pédiculé.....	D	805	500	10

Reconstruction – tête et cou

Premier temps avec lambeau delto-pectoral, incluant revêtement du lambeau	D	2210	462	12
Deuxième temps du lambeau delto-pectoral	D	2211	231	9

Greffes cutanées

Les tarifs des greffes cutanées comprennent le prélèvement et l'application des greffons, y compris les autogreffes réfrigérées.

On peut facturer les xéno greffes et homo greffes à 50 % du tarif applicable.

D'épaisseur totale

Paupière, nez, lèvres – traitement complet.....	D	2212	231	5
Bout du doigt – traitement complet.....	D	2007	77	4
Doigt, plus d'une phalange – traitement complet.....	D	2213	154	4

D'épaisseur partielle

Région non fonctionnelle – surface recouverte

Moins de 6,25 cm carrés (1 pouce carré).....	D	2214	54	4
Moins de 62,5 cm carrés (10 pouces carrés).....	D	2215	115	4
Moins de 625 cm carrés (100 pouces carrés).....	D	2216	231	5
Par 6,25 cm carrés additionnels (1 pouce carré)....	D	2217	3	UD

Région fonctionnelle

Articulations importantes ou main – traitement immédiat	D	2218	231	4
Traitement secondaire incluant excision du tissu cicatriciel.....	D	2219	385	4
Tête et/ou cou – moins de 62,5 cm carrés (10 pouces carrés)	D	2220	154	5
62,5 à 187,5 cm carrés (10 – 30 pouces carrés)	D	2221	231	5
Plus de 187,5 cm carrés (30 pouces carrés) ..	D	2222	539	5

Greffes dans une cavité

Orbite, incluant greffe muqueuse	D	2223	308	5
Nez	D	2224	231	5
Bouche	D	2225	308	4
Opération pour absence congénitale de vagin – chirurgie plastique et soins postopératoires	D	2226	308	5
Cavité périnéale/rectale	D	2295	308	5
Cavité osseuse importante, jusqu'à 7,5 cm	D	580	463	5

Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
Prothèses gonflables de distension cutanée				
Insertion de prothèse gonflable de distension cutanée – tête, cou, couvrant une articulation importante ou pour myéloméningocèle	C	2315	462	4
– sein ou autre région	C	2311	308	4

 **Note de l'Assurance-maladie :** Chaque insertion de prothèse gonflable additionnelle durant la même séance opératoire est payable à 75 % du tarif prévu s'il s'agit de régions différentes ou des deux côtés, ou à 50 % s'il s'agit de la même ou d'une région adjacente (p. ex. : face et cou même côté; deux côtés de la colonne).

Gonflement subséquent de prothèse gonflable de distension cutanée	C	2319	25	
--	---	------	----	--

 **Note de l'Assurance-maladie :** Chaque gonflement de prothèse gonflable additionnel durant la même visite est payable à 50 % du tarif prévu.

Lésions cutanées, tumeurs superficielles, etc. –
Voir la page 7/1.

Destruction au laser des lésions cutanées –
Voir la page 5/12.

Carcinomes

Grande excision avant greffes cutanées, si elle se fait lors de différentes séances opératoires – tête et cou...	C	373	92	6
– tronc et membres	C	374	66	4

Plaies – Voir sutures à la page 7/3

Brûlures

Soins initiaux – brûlures mineures		388	TV	
– brûlures graves étendues	C	389	CS	
Débridement chirurgical de tissu nécrotique				
Initial – par 5 % de surface du corps	C	317	30	5
Subséquent – par 5 % de surface du corps	C	318	20	5
Excision tangentielle totale du tissu brûlé avant la greffe immédiate – à ajouter au tarif de greffe cutanée				
Premier 5 % de surface du corps – en supplément.....	C	319	100	5
Par 5 % additionnel de surface – en supplément.....	C	320	50	

 **Note de l'Assurance-maladie :** Dans les cas de brûlures graves traitées dans les unités des grands brûlés, on peut facturer les frais de soins intensifs en

Actes de chirurgie plastique (suite)

	liste	code	unités gén TV	unités an
Fractures nasales – sans réduction			77	6
– réduction fermée	D	420	77	6
– réduction chirurgicale	D	421	154	6

Orbite

Greffe osseuse à l'orbite – autologue	D	2264	308	5
– non autologue	D	2265	231	5
Ptosis – suspension de la paupière ou résection du releveur.....	D	2266	225	5
Réparation d'ectropion ou entropion Simple, opération de Ziegler, acte au cabinet	C	2267	38	
Raccourcissent horizontal d'épaisseur totale de la paupière ect/ent	D	2268	150	4
Chalazion ou autre lésion bénigne de paupière ou conjonctive	C	1627	25	
Élévation coronale ou bilatérale des sourcils.....	D	2180	320	4
Lambeau direct du sourcil, tarif global – premier temps	D	2269	231	4
– deuxième temps	D	2270	115	4
Excision et reconstruction d'épaisseur totale de la paupière pour tumeur maligne, soins complets 1/3 de la paupière ou moins.....	D	2271	150	5
Plus de 1/3 de la paupière.....	D	2272	385	5

Oreilles

Otoplastie – correction de malformation de l'oreille, unilatérale (moins de 18 ans)	D	1671	318	5
Reconstruction de l'oreille pour microtie ou perte de l'oreille Partielle – premier temps	D	2273	154	5
– temps subséquents	D	2274	154	5
Total – étape majeure.....	D	2275	231	4
– étape mineure	D	2276	154	4
– maximum			616	
Drainage d'hématome.....	C	2278	38	4
Excision en coin et reconstruction.....	D	2280	115	4
Excision complète de l'oreille	D	1667	115	4
Pavillon surnuméraire – ablation	D	2281	75	4
Fistule préauriculaire – simple	D	2282	77	4
– compliquée ou récidivante.....	D	2283	154	4

Bouche

Biopsie	B	882	31	4
Excision de lésion simple	C	883	31	4

Actes de chirurgie plastique (suite)

	liste	code	unités gén	unités an
Excision de grenouillette ou kyste dermoïde	D	886	92	4
Excision locale pour carcinome – plancher de la bouche, maxillaire inférieur, crête alvéolaire ou muqueuse buccale.....	D	887	139	4
Avec hémimandibulectomie.....	D	889	308	10
Fermeture de fistule antro-buccale– avec lambeau.....	D	892	231	4
– avec antrotomie radicale .	D	893	269	4
Génioplastie pour reconstruction faciale				
Avancement en un temps	D	1701	130	6
Avancement en deux temps.....	D	1702	162	6

Lèvres

Biopsie	B	894	31	4
Rasage de la lèvre, excision du bord libre	D	895	154	4
Excision de lésion simple.....	C	896	31	4
Excision en V, muqueuse labiale	D	2284	115	4
Excision en V, sulcature	D	2285	192	4
Fissure labiale traumatique	D	391	192	4
Excision d'une moitié de la lèvre et reconstruction, en un ou plusieurs temps.....	D	899	308	4
Excision totale de la lèvre et reconstruction, en un ou plusieurs temps.....	D	901	462	6
Reconstruction d'Abbé, soins complets.....	D	2286	385	6
Réparation de fissure labiale, incluant réparation de difformité nasale				
– unilatéral – en un temps	D	2287	350	8
– en plusieurs temps, maximum	D	2288	500	8
– bilatéral – en un temps	D	2289	500	8
– en plusieurs temps, maximum	D	2290	625	8

Palais et luvette

Uvulectomie – acte isolé.....	C	919	52	4
Biopsie	B	920	31	4
Excision de lésion simple.....	C	921	46	4
Excision de lésion maligne avec reconstruction	D	2336	CS	4
Fissure palatine – réparation	D	923	269	8
Révision avec greffe osseuse	D	2291	308	8
Rallongement du palais et/ou lambeau pharyngé	D	925	346	8
Réparation de fistule palatine.....	D	2292	231	8

Sein

Reconstruction après mastectomie				
Insertion immédiate de prothèse – en supplément	D	2845	197	
Reconstruction du sein par prothèse et/ou tissus mous.....	D	2846	392	5

Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
Reconstruction mammaire				
– par greffes ou lambeaux pédiculés.....	D	2900	641	6
– lambeau transverse du grand droit de l'abdomen inférieur (Drever).....	D	352	573	5
Opération secondaire ou révision.....	D	2848	392	5
Exérèse de prothèse.....	D	2849	92	4
Mammoplastie de réduction	D	411	535	6
Mammoplastie d'augmentation	D	412	392	5

 **Note de l'Assurance-maladie : La mammoplastie et la reconstruction du sein ne sont pas des actes assurés, à moins d'être effectuées autrement que pour des raisons esthétiques. La reconstruction effectuée après une mastectomie pour des raisons médicales n'est pas considérée d'ordre esthétique.**

Tronc

Ulcère de décubitus

Pour soins complets – excision de tout le tissu, y compris l'os, et tous les actes de réparation requis, notamment rotation de lambeau pour recouvrir le défaut primaire et applicable de greffons cutanés aux défauts secondaires.

Fermeture d'ulcère de décubitus sacré ou trochantérien

N'exigeant pas d'excision osseuse	D	2293	320	5
Avec excision osseuse	D	2294	420	5

Lipectomie abdominale (en cas d'incapacité fonctionnelle seulement)

– avec réparation d'hernie	D	2337	924	10
----------------------------------	---	------	-----	----

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 2337 s'applique aussi à la réparation de diastasis des grands droits au moyen d'un acte majeur comme une technique de Kiehl, un étagement sur deux plans ou une réparation d'aponévrose par chevauchement. Il faut dans chaque cas demander une autorisation préalable de l'Assurance-maladie afin de déterminer l'admissibilité à une prestation.**

Organes génitaux

Épispadias	D	1351	231	4
Hypospadias – premier temps, incluant dérivation urinaire	D	1352	154	4
Reconstruction plastique de l'urètre – pénien.....	D	1353	269	4
Pénio-scrotal ou périnéal	D	1354	346	4
Fermeture de fistule uréthro-cutanée.....	D	1355	154	4
Rétrécissement urétral, réparation – en un temps, avec dérivation.....	D	1321	277	4
En deux temps – premier temps	D	1322	139	4

Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
– deuxième temps	D	1323	277	4
Urétroplastie (Johanson) – chaque temps	D	2298	310	4

Membres

Pour lymphoedème des membres – opération de Kondoléon	D	869	277	4
Évidement radical – membre inférieur entier, soins complets	D	870	539	6
Opération de Thompson				
Membre supérieur – avant-bras	D	2299	231	4
Bras	D	2300	154	4
Membre supérieur entier – en un ou deux temps – soins complets	D	2301	385	4
Membre inférieur – jambe	D	2302	385	4
Cuisse	D	2303	385	4
Membre inférieur entier – en un ou deux temps – soins complets	D	2304	769	4
Excision d'ulcère, ligature veineuse étagée et greffe cutanée				
– Une jambe	D	759	192	4
– Les deux jambes	D	760	308	4
Excision d'ulcère variqueux et greffe cutanée				
– une jambe	D	762	123	4
– les deux jambes	D	763	185	4

Main

Syndactylie – première commissure, lambeaux localisés	D	2305	154	4
Greffes cutanées, libres ou pédiculées	D	2306	231	4
Lambeau direct d'épaisseur totale au doigt, tarif global.....	D	2008	115	4
Lambeau neuro-vasculaire pédiculé.....	D	2418	308	4

Réparation microchirurgicale

Amputation complète : réimplantation – pouce.....	D	2880	1071	14
Doigt	D	2881	928	14
(Maximum, pouce et/ou doigts : 2 463 unités)				
Main, devant inclure au moins 3 structures digitales .	D	2882	2000	14
Avant-bras	D	2883	2000	14
Pied.....	D	2884	1786	14
Jambe	D	2885	1786	14
Amputation partielle : réparation microchirurgicale – payable selon les structures particulières, le tarif global ne devant pas dépasser 75 % du tarif de réparation après amputation complète.....	D	2886	CS	9

Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
Microchirurgie – structure particulière				
Chirurgie microvasculaire – artère ou veine	D	2887	314	5
Chirurgie microneurale – neuroplastie, neuroanastomose.....	D	2888	314	5
Grefe nerveuse.....	D	2889	478	5
(Grefe filamenteuse, ajouter 50 %)				
(Multiples greffes filamenteuses éloignées payables à 75 % du tarif)				
Grefe libre de tissu cutané et sous-cutané vasculaire				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1843	766	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1844	810	14
– Transplantation avec micro-anastomose vasculaire	D	1845	810	14
Grefe libre de tissu cutané et sous-cutané innervé et vascularisé				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse.....	D	1846	900	14
– Préparation d'une zone receveuse.....	D	1847	900	14
– Transplantation avec micro-anastomose neuro- vasculaire	D	1848	842	14
Grefe libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1849	766	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1850	810	14
– Transplantation avec micro-anastomose vasculaire	D	1851	766	14
Grefe libre de tissu musculaire ou musculo-cutané vascularisé avec tendons et nerf				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1852	1036	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1853	1036	14
– Transplantation avec micro-anastomose neuro- vasculaire et réparation de tendons.....	D	1854	1036	14
Grefe libre d'os vascularisé				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1855	766	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1856	810	14
– Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et fixation osseuse.....	D	1857	900	14
Grefe libre de tissu ostéo-musculaire ou ostéo-cutané vascularisé				
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse.....	D	1858	918	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1859	918	14
– Transplantation avec micro-anastomose, ostéotomies et fixation osseuse.....	D	1860	918	14
Grefe libre microvasculaire d'orteil ou de doigt				

				20/11
Actes de chirurgie plastique (suite)	liste	code	unités gén	unités an
– Prélèvement de greffon et fermeture de la zone donneuse	D	1861	918	14
– Préparation d'une zone receveuse	D	1862	918	14
– Transplantation avec micro-anastomose vasculaire et réparation des tendons, des nerfs et de l'os.....	D	1863	1080	14
Divers				
Réparation de méningocèle, soins complets	D	1582	308	8
Encéphalocèle ou myéломéningocèle.....	D	1583	462	8
Lors d'intervention en équipe, rôle du chirurgien plastique dans ce qui précède				
Lambeaux multiples +/- greffe	D	2326	269	8
Lambeau unique – avec greffe cutanée	D	2327	231	8
– sans greffe cutanée	D	2328	154	8
Excision de glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose, unilatérale	D	2329	269	4
Greffe dermograisseeuse	D	2417	308	4
Lipome				
– Lipectomie à l'aide de succion– petite surface	D	353	115	4
– surface étendue, ou tête, cou ou articulation.....	D	354	154	4

 **Note de l'Assurance-maladie : Liposuccion esthétique – voir le préambule des actes de chirurgie plastique, page 20/1.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Les factures d'Assurance-maladie comportant le code 354 doivent préciser lésions, dimension, siège, etc.**

Chirurgie du tatouage

(pour hémangiome, vitiligo, lentigo, etc.)

Face – ¼ ou moins.....	D	2330	77	4
– ¼ à ½	D	2331	154	4
– face entière	D	2332	231	4
Région non faciale – par 6,25 cm carrés (1 pouce carré)	D	2333	38	4
– 62,5 cm carrés (10 pouces carrés)	D	2334	77	4
– 625 cm carrés (100 pouces carrés)	D	2335	154	4

 **Note de l'Assurance-maladie : La chirurgie du tatouage à des fins esthétiques n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.**

Actes diagnostiques et thérapeutiques

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Les présents tarifs s'appliquent quand les actes sont exécutés par un médecin ou sous sa surveillance. Le coût des médicaments employés dans l'un ou l'autre de ces actes est en supplément.

 **Note de l'Assurance-maladie : Le coût des médicaments n'est pas payable par l'Assurance-maladie.**

 **Note de l'Assurance-maladie : Voir la règle d'évaluation 13.**

Allergie

Hyposensibilisation – injection et évaluation initiales				(page 3/3)
Hyposensibilisation – injection incluant surveillance (sauf injection initiale et évaluation), par visite.....	C	1894	13*	
Désensibilisation aiguë, (p.ex. sérum antitétanique, pénicilline)	B	1892	8	
Tests, tout antigène toute méthode – par test	B	1895	3	
Maximum par période de 6 mois : 30 tests			90	
Aspiration (voir aussi injection de médicament)				
Abdomen – voir Paracentèse				
Vessie	A	1899	15	
Kyste du sein	A	1900	15	
Bourse séreuse	A	1901	15	
Citerne basale	A	1902	23	
Duodénum – par intubation pour épreuve de sécrétion (après une heure, facturer en supplément le tarif de surveillance exclusive)				
	B	1903	38	
Hydrocèle	B	1368	8	
Articulation	A	1905	15	
Ponction lombaire.....	B	177	38	
Oesophage ou estomac, avec préparation du matériel en vue d'un examen cytologique	B	1907	15	
Péricarde – aspiration ou ponction-biopsie	A	1908	115	4
Kyste thyroïdien	A	1911	15	
Vaccination au B.C.G., incluant tests tuberculiques requis	B	1914	8	
Arrêt cardiaque – surveillance des manoeuvres de réanimation (incluant la cardioversion au besoin)	A	1725	77	
Services de médecin additionnel (2 au plus)	A	1726	20	

 **Note de l'Assurance-maladie : Le code de service code 1725 ou 1726 représente le tarif global payable pour les services d'un médecin pendant l'urgence. Cependant, le médecin traitant ou le consultant peut facturer des services dispensés le même jour à des moments différents en l'indiquant sur la formule de facturation.**

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Interventions cardiologiques – voir Appareil cardio-vasculaire				
Cardioversion	B	1916	77	5
Cathétérisme – trompe d’Eustache	A	1922	29	
Dialyse pour insuffisance rénale – insuffisance rénale aiguë et intoxications chimiques, comprenant diagnostic, traitement, surveillance de la première dialyse et présence pendant les 24 premières heures . Chaque dialyse subséquente, ainsi que la surveillance et les soins associés	C	1923	462	
Dialyse pour insuffisance rénale chronique – début du régime de dialyse à domicile, incluant consultation, évaluation, conseils et règlement des problèmes, ainsi que la première dialyse (tout procédé)	C	1743	308	
Dialyse à l’hôpital (tout procédé), incluant les soins pendant la dialyse.....	B	1927	62	
Dialyse à domicile, tarif hebdomadaire de traitement et surveillance, inapplicable en cas de paiement d’un autre tarif de dialyse pendant cette semaine-là – par malade	B	1744	35	
Déplacement pour visites à domicile de malades soumis à la dialyse à domicile, par kilomètre au-delà de 5 km, dans un sens seulement		215	1	
Dilatation d’iléostomie ou de colostomie	A	1990	8	
Dilatation d’oesophage (voir la page 12/4)				
Courbe densimétrique de dilution de colorant, incluant acte et interprétation				
La première (par l’oreille).....	B	1928	23	
Subséquente	B	1929	8	
La première (par une artère).....	B	1930	38	
Subséquente	B	1931	15	
Électrocardiographie (voir la règle d’évaluation 15)				
Acte avec interprétation				
Au cabinet	B	1932	20	
À domicile	B	1933	23	
Avant et après effort.....	B	1934	23	
Simple interprétation, au cabinet.....	B	1935	8	
Interprétation des tracés exécutés à l’hôpital				
- pour les 2000 premières interprétations, 5,60 \$ par ECG				
- pour les interprétations subséquentes, 3,92 \$ par ECG				
L’interprétation des tracés au moyen du système de gestion des ECG par ordinateur est payée à 75 % des taux ci-dessus.				

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Note de l'Assurance-maladie : Les électrocardiogrammes sont facturés à l'hôpital et payés par ce dernier. Le taux est fondé sur le total global (patients à l'interne et à l'externe) annuel et des tracés effectués à l'hôpital, qu'ils soient interprétés par un ou plusieurs médecins.				
Surveillance ambulatoire de la tension artérielle, 24 heures sur 24.....	B	8950*	25	
Monitoring Holter de 24 h-tarif global d'interprétation.....	B	2952	39	
Épreuve d'effort sous-maximal – avec tapis roulant ou ergomètre et monitoring oscilloscopique continu, incluant les E.C.G. pris pendant l'acte et les E.C.G. au repos avant et après l'acte	B	2373	62	
Endocrinologie et métabolisme				
Épreuve à l'hormone antidiurétique.....	B	1936	23	
Épreuve de perfusion salée hypertonique.....	B	1937	38	
Épreuve à l'histamine benzodioxine	B	1938	23	
Test de tolérance à l'eau.....	B	1939	15	
Test d'intolérance à l'insuline	B	1940	38	
Aspiration endométriale – acte au cabinet.....	B	2352	12	
Entérotest (ficelle).....	B	1906	8	
Examen de l'oeil sous anesthésie générale.....	B	2049	31	
Fluoroscopie et/ou orthodiagramme	B	1941	8	
Repas d'épreuve de fractionnement, prélèvements et analyse.....	B	1943	23	
Repas d'épreuve de stimulation maximale à l'histamine.....	B	1944	31	4
Lavage gastrique – diagnostique ou d'urgence	B	1942	15	
Injections (coût des substances injectées en supplément)				
Par dissection veineuse.....	A	1946	23	
Par veine du cuir chevelu	A	1947	15	
Injection de médicament – bourse séreuse, kyste synovial, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin	B	1948	15	
Chimiothérapie intraveineuse (cancer) – par traitement.	B	1950	10	
Enfants de moins de 10 ans	B	2838	15	
Infusion i.v. d'albumine	B	1881	10	
Injection i.v. de gammaglobuline.....	B	1882	10	
Injections intraveineuses pour hémophiles, par traitement				
– adultes	B	2816	10	
– enfants de moins de 10 ans.....	B	2817	15	
Ponction lombaire avec chimiothérapie intrathécale	B	1983	50	
Actes de ponction-biopsie – moelle osseuse.....	B	866	38	4
Rein	A	1952	54	

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Foie	B	1953	38	4
Rate	A	1954	46	
Plèvre	A	1955	31	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	
Péricarde	A	1908	115	4
Tissu synovial.....	A	1956	38	
Prostate	B	1383	62	4

 **Note de l'Assurance-maladie :** Les codes suivants ne doivent pas être associés à des actes chirurgicaux ou obstétricaux, auquel cas les codes des actes appropriés s'appliquent.

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

Tête et cou

Nerf sus-orbitaire.....	B	295	23
Nerf sous-orbitaire.....	B	296	23
Nerf occipital.....	B	297	23
Nerf maxillaire	B	260	64
Nerf mandibulaire	B	259	38
Ganglion du trijumeau.....	B	425	92
Blocage d'autre nerf crânien	B	270	46
Plexus cervical.....	B	258	46
Ganglion du stellaire	B	1056	64
Nerf laryngé supérieur.....	B	1399	64
Plexus brachial	B	261	38

Tronc

Nerf sus-scapulaire.....	B	271	23
Blocage intercostal – premier nerf	B	272	23
– nerf additionnel	B	273	12
Blocage paravertébral – nerf thoracique	B	1534	46
– nerf thoracique additionnel..	B	1542	23
– nerf lombaire	B	274	46
– nerf lombaire additionnel	B	275	23
Ganglion coéliquaie.....	B	413	92
Blocage sympathique – thoracique	B	276	92
– lombaire (unilatéral)	B	257	54

Blocages nerveux divers

Un nerf somatique non expressément désigné	B	1762	23
– nerf additionnel.....	B	1763	12
Blocage diagnostique intrathécal	B	1764	46
Blocage épidural – nerf cervical	B	1765	100
– nerf thoracique	B	1766	80
– nerf lombaire	B	1767	46
– nerf caudal.....	B	263	38
Blocage épidural avec stéroïde – en supplément	B	277	10
Injection d'articulation – sacro-iliaque	B	1887	29
– vertébrale	B	1888	50

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Injection de point déclenchant.....	B	1889	15	
– injection subséquente.....	B	1890	8	
Bloc i.v. de guanéthidine.....	B	1802	64	
Injection d'alcool, phénol ou autres agents sclérosants– le tarif de base ci-dessus.....	B	294	CS	
Blocage nerveux avec cryo-analgésie – en supplément..	B	292	50%	
Actes spéciaux non pénétrants, notamment stimulation électrique nerveuse transcutanée (SENT) (ne s'applique pas à l'acuponcture).....			TV	
Cliniques contre la douleur – la première visite de chaque médecin est payable au tarif de consultation, quand elle ne fait pas l'objet de rémunération à la vacation.				
Oesophage				
Épreuve de perfusion à l'acide chlorhydrique (HCL)	B	2094	23	
Études de la motilité.....	B	2095	54	
Oesophage et estomac				
Surveillance ambulatoire de 24 h.....	B	1799	54	
Paracentèse				
Thoracique – ponction de cavité pleurale pour aspiration (diagnostique et thérapeutique), première ou subséquente.....	B	2592	38	
Abdominale – aspiration pour prélèvement diagnostique.....	B	1992	15	
Aspiration thérapeutique, incluant prélèvement diagnostique.....	B	1993	38	
Thoracique ou abdominal – administration de chimiothérapie incluant aspiration thérapeutique et prélèvement.....	B	1994	38	4
Insufflation périrénale.....	B	1995	38	
Phonocardiogramme – surveillance et interprétation	B	1996	23	
Plasmaphérèse – première				
– subséquente, 2 ^e à 5 ^e	B	1535	75	
– additionnelle, même année.....	B	1536	50	
– additionnelle, même année.....	B	1537	38	
Études de la fonction pulmonaire				
1. Exploration fonctionnelle pulmonaire générale pour renseignements sur la ventilation et la mixique.....	B	2098	38	
2. Épreuves particulières				
a) Pression partielle du gaz carbonique artériel par technique respiratoire.....	B	2099	15	
b) Ponction artérielle avec analyse gazeuse, au repos	B	2100	23	
c) Ponction artérielle avec analyse gazeuse, au repos et à l'effort.....	B	2101	38	
d) Volumes sanguins	B	2102	15	

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
e) Capacité de diffusion au repos.....	B	2103	15	
f) Capacité de diffusion à l'effort	B	2104	15	
g) Courbe de dilution de colorant – oxymètre auriculaire.....	B	2105	8	
h) Courbe de dilution de colorant et débit cardiaque	B	2106	15	
i) Mixique.....	B	2107	8	
j) Volumes pulmonaires (volume résiduel, capacité pulmonaire totale)	B	2108	23	
k) Capacité respiratoire maximale	B	2109	8	
l) Mécanique respiratoire au repos.....	B	2110	23	
m) Mécanique respiratoire à l'effort	B	2111	23	
n) Oximétrie				
1. Durée de la désaturation à 90%	B	2112	8	
2. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort.....	B	2113	8	
3. Changement de la saturation en oxygène artériel, à l'effort, sous oxygène	B	2114	8	
o) Consommation d'oxygène	B	2115	8	
p) Épreuve de stimulation des centres respiratoires au gaz carbonique	B	2116	15	
q) Ventilation, spirogramme et capacité vitale, au repos	B	2117	8	
r)... Capacité vitale minutée	B	2118	8	
s) .. Test de provocation bronchique non spécifique .	B	2131	50	
Changement de tube de pyélostomie, urétérostomie, néphrostomie ou cystostomie	B	1989	8	4
Rhumatologie et médecine physique – examen de liquide articulaire pour numération de globules blancs	B	2135	10*	
Cristaux d'acide urique	B	2136	15*	
Caillot de mucine	B	2137	6*	
Étude nocturne de l'apnée du sommeil – interprétation seulement.....	B	2134	46	
Ulcère variqueux – application et/ou changement de pâte d'Unna ou application semblable, ichthopâte, etc.	A	2043	8	
Étude de stérilité – chez l'homme, numération et morphologie des spermatozoïdes.....	B	2047	8	
Chez la femme – voir Organes reproducteurs chez la femme				
Tonométrie – au tonomètre.....	B	2048	8	
Ultrasonographie cardiaque				
Échocardiogramme transoesophagien	B	1816	48*	
Échographie, épanchement péricardique, écho M.....	B	2980	14	
Échocardiographie complète, écho M.....	B	2981	31	
Avec visualisation à deux dimensions.....	B	2982	46	
Échocardiographie – Doppler				
Qualitative pour déceler l'absence ou la présence de maladie valvulaire – interprétation	B	2966	19	

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
– interprétation et exécution	B	2967	25	
Quantitative pour déceler une maladie valvulaire et calculer les surfaces valvulaires et les tensions différentielles – interprétation	B	2968	34	
– interprétation et exécution	B	2969	45	
Ultrasonographie carotidienne				
Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale pour analyse spectrale	B	2970	41	
Ultrasonographie obstétrique				
Profil biophysique – exécuté et interprété par le médecin	B	1896	46	
– médecin présent sans exécuter l'acte (inclus l'interprétation)	B	1897	23	
Ultrasonographie vasculaire périphérique (inclut Doppler)				
- Évaluation vasculaire périphérique, un segment (p. ex : cheville), un ou deux niveaux	B	2425	10	
- un membre seulement	B	2122	8	
- évaluation bilatérale (voir la page ci- après)	B	2123	13	
- tel que ci-dessus avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de pression et/ou épreuves à l'effort	B	2955	20	
- un membre seulement	B	2124	15	
- évaluation bilatérale (voir la page ci- après)	B	2125	25	
- évaluation vasculaire d'un membre (au moins 3 niveaux), avec enregistrements de pression segmentaire et/ou analyse de fréquence et/ou spectrale	B	2126	25	
- un membre seulement	B	2127	19	
- évaluation bilatérale (voir la page ci- après)	B	2128	31	
Bévaluation comme ci-dessus d'un membre, avec épreuves à l'effort	B	2586	31	
- un membre seulement	B	2129	23	
- évaluation bilatérale (voir la page ci- après)	B	2130	39	
Examens vasculaires non invasifs (ultrasoniques, Duplex seulement)				
- Examen vasculaire non invasif de l'aorte abdominale et des artères mésentériques, rénales ou iliaques	B	1804	30	
- Examen vasculaire artériel membre inférieur ou				

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
supérieur – +/- greffe (avec ou sans exercice)				
- Unilatéral.....	B	1805	54	
- Bilatéral.....	B	1806	108	
- Examen vasculaire veineux membre inférieur ou supérieur				
- Unilatéral.....	B	1807	54	
- Bilatéral.....	B	1808	108	

 **Note de l'Assurance-maladie : Les examens au Duplex comprennent les analyses effectuées au Doppler sur la même région ou le même membre.**

Les codes de service des examens au Doppler et Duplex comprennent la surveillance par le médecin et sa participation aux actes, selon le cas, et comprennent nécessairement la consignation d'une interprétation des résultats au dossier. Ces codes ne s'appliquent pas à des interprétations subséquentes par tout médecin. Les codes 2425, 2955, 2126, et 2586 comprennent l'étude de l'autre membre aux fins de comparaison; les honoraires pour une évaluation bilatérale ne sont payables que si la symptomatologie dans l'autre membre le justifie, tel que confirmé par les études.

Ponction veineuse – nourrisson ou enfant de moins de 4 ans C.S. seulement	A	2051	8
(voir la note à la page 4/9)			
- Adulte ou enfant de 4 ans et plus C.S. seulement..	C	2050	5
Ponction de la veine fémorale.....	A	2052	15
Ponction de la veine jugulaire.....	A	2053	15
Cathétérisme de la veine ombilicale.....	A	2081	15
Cathétérisme de l'artère ombilicale.....	A	2082	31
Dissection veineuse thérapeutique	A	2054	8
Phlébotomie thérapeutique pour polycythémie.....	A	2055	8

Mise en place d'une canule veineuse

S'applique également au remplacement, sauf indication contraire (Exclut les ponctions veineuses simples comme la phlébotomie, l'administration intraveineuse de médicaments au moyen d'une seringue ou d'un papillon pour le goutte-à-goutte, etc.).

Insertion d'un cathéter de veine à demeure par voie périphérique.....	A	2477	15
---	---	------	----

Insertion d'un cathéter à demeure central par voie périphérique, comme pour la tension veineuse centrale ou la nutrition parentérale totale – payable en plus des soins à la journée dans des unités de soins intensifs	A	2476	30
---	---	------	----

Insertion et passage sous-cutané d'un cathéter à demeure central dans la veine cave, comme le Hickman-

Actes diagnostiques et thérapeutiques (suite)

	liste	code	unités gen	unités an
Broviac ou le Port-A-Cath ou Pas-Port	B	1885	115	4
Avec un réservoir sous-cutané	B	1883	200	4

Retrait : Voir la note de l'Assurance-maladie

Cathétérisme cardiaque droit, comme par cathéter de Swan-Ganz pour monitoring cardiaque, voir le code 1918 sous l'Appareil cardio-vasculaire.

Installation ou retrait d'un cathéter de dialyse péritonéale permanent	B	8336	200
---	---	------	-----

👉 Note de l'Assurance-maladie : S'il s'agit d'une région distincte, l'installation et le retrait sont tous deux payés à 100 %. Dans le cas contraire, la deuxième intervention est payée à 75 %. Cette donnée doit être indiquée clairement sur la facture. Une insertion tentée sera payée au même taux qu'une installation.

Actes cliniques associés aux visualisations diagnostiques (liste B)

	liste	code	unités gen	unités an
--	-------	------	---------------	--------------

Voir la légende – p. 3/13 pour la description des listes A, B, C et D.

Les tarifs de ces actes couvrent la rémunération de services professionnels comme la mise en place d'un appareil et l'introduction de substances de contraste (sauf l'administration par voie buccale ou rectale pour étude du tube digestif, ainsi que les injections intraveineuses). Les frais de radiologie sont en supplément.

 *Note de l'Assurance-maladie : Voir les valeurs unitaires, pages 3/11-3/12.*

Tarifs d'actes spéciaux

Masse mammaire, localisation par ponction avec mammographie	B	1715	63	
Myélographie – 1 segment	B	181	63	4
– 2 segments ou plus	B	2013	89	4
– de la fosse postérieure	B	2014	107	6
Discographie – un niveau	B	2146	63	4
– chaque niveau additionnel.....	B	2119	32	UD
Injection de facette articulaire – par articulation	B	2120	50	
Bronchogramme – unilatérale	B	2147	36	6
– bilatérale	B	1711	54	6
Laryngographie	B	2148	36	4
Arthrographie	B	2149	27	4
En double contraste	B	2062	44	
Pneumoencéphalographie	B	182	107	5
Ventriculographie	B	1506	179	6
Vélopharyngographie	B	1991	36	
Angiographie				
Artériographie – percutanée (par aiguille seulement).....	B	800	77	4
Non sélective – percutanée (avec cathéter)	B	2156	89	4
– par dissection.....	B	2154	133	4
Sélective (p. ex. rénale, cérébrale, vertébrale) – chaque artère, en supplément	B	2063	44	UD
Sursélective (p. ex. branche gastro-duodénale, hépatique distale, honteuse, mésentérique distale) – chaque artère, en supplément.....	B	2061	59	UD
Scintigraphie de perfusion myocardique (inj. Thallium).....	B	1738	28	
Scintigraphie du mouvement de la paroi myocardique.....	B	1741	54	
Scintigraphie du mouvement de la paroi myocardique et onnée systolique.....	B	1742	64	

**Actes cliniques associés aux
visualisations diagnostiques (liste B) (suite)**

	liste	code	unités gen	unités an
Note de l'Assurance-maladie : Pour interprétation seulement, le tarif est de 50 % pour les codes 1738, 1741 et 1742.				
Angioplastie (dilatation transluminale percutanée de sténoses et occlusions artérielles sous anesthésie locale)				
– Artère iliaque	B	1712	340	
– Artère fémorale	B	1713	340	
– Artère rénale	B	1714	425	
Phlébographie	B	736	44	4
Cavographie inférieure	B	2839	89	
Biopsie transjugulaire du foie (comprenant cathétérisme veineux sélectif, injection de substance de contraste, manométrie et prélèvement pour biopsie	B	2155	160	
Embolisation de vaisseau, s'ajoutant au tarif d'angiographie	B	2515	85	UD
Lymphographie	B	2158	89	5
Bilatérale	B	2064	133	
Sialographie	B	2159	44	4
Dacrycystographie	B	2160	44	4
Insufflation présacrée	B	2161	44	4
Splénoportographie	B	2162	63	4
Portographie percutanée transhépatique	B	1721	89	
Cholangiographie percutanée transhépatique	B	2163	89	4
Drainage biliaire percutané (introduction de cathéter dans le cholédoque et le duodénum sous visualisation diagnostique) – comprend cholangiographie percutanée transhépatique	B	1716	340	
Extraction percutanée de calcul de cholédoque sous fluoroscopie	B	2375	133	4
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER) +/- biopsie, +/- cytologie	B	2875	202	6
Hystérosalpingographie	B	2164	63	4
Examen en grains de chapelet de la vessie	B	2169	46	
Cysto-urétrogramme mictionnelle	B	2165	9	
Urétrogramme ou cystographie par voie rétrograde, sans cystoscopie	B	2015	27	
Cystographie rénale percutanée	B	2016	63	4
Insertion percutanée de tube de néphrotomie sous anesthésie locale et fluoroscopie	B	2840	133	
Néphrotomie percutanée avec dilatation urétérique ou insertion de moule sous visualisation diagnostique ...	B	1720	231	
Établissement percutané d'une voie de néphrotomie en vue d'exérèse de calcul du rein	B	2121	340	6

**Actes cliniques associés aux
visualisations diagnostiques (liste B) (suite)**

	liste	code	unités gen	unités an
Ansographie iléale	B	2087	27	
Duodénographie hypotonique par intubation.....	B	2065	17	
Intubation de l'intestin grêle	B	1057	36	4
Ponction diagnostique percutanée de collection liquide sous visualisation diagnostique	B	1717	63	
Insertion percutanée de tube de drainage dans une collection liquide sous visualisation diagnostique	B	1718	95	
Ponction-biopsie intra-abdominale percutanée d'une masse solide sous visualisation diagnostique	B	1719	79	
Biopsie transthoracique du poumon par fluoroscopie	B	2066	63	6
Biopsie par brossage bronchique	B	2067	63	6

(Section A) spécialistes en radiologie diagnostique

Le tarif comprend la consultation du spécialiste certifié en radiologie diagnostique à la demande du médecin référant, la surveillance des services de radiologie, la fluoroscopie, l'interprétation des clichés radiologiques et des constatations fluoroscopiques.

- 1) Aux fins du cahier, le terme « radiologie » comprend, la radiologie diagnostique et la médecine nucléaire.
- 2) Le taux de paiement par unité (valeurs unitaires) est inscrit à la page 3/11 du préambule général.
- 3) Les nouveaux actes cliniques et les diagnostiques associés à la radiologie se trouvent aux pages 23/9-12. Ces codes comprennent les actes et les tarifs d'interprétation.
- 4) Emploi de cinéradiographie ou d'enregistrement magnétoscopique – majorer le tarif de 25 % à moins que la technique de l'acte ne soit généralement comprise.
- 5) Si les examens demandés par le médecin référant produisent des constatations anormales ou des données que le spécialiste en radiologie juge insuffisantes, ou s'il faut un examen différent pour obtenir les données diagnostiques qui s'imposent selon les besoins du malade, le spécialiste peut ajouter d'autres incidences ou changer l'examen et facturer le tout aux tarifs prévus.

Interprétations des tarifs prévus

1. Le nombre d'incidences obtenues est déterminé d'après les besoins du malade, les exigences du médecin référant et l'opinion du radiologiste. Le spécialiste en radiologie peut réclamer les incidences ainsi obtenues selon la nomenclature. (Référence - article 5, page 23/1)
2. Les incidences comparables jugées nécessaires sont payables comme incidences « spéciales ».
3. Le tarif pour les incidences additionnelles peut seulement être réclamé pour l'interprétation d'une incidence qui n'est pas comprise dans cette partie de l'examen général qui a été demandé spécifiquement par le médecin référant ou jugé cliniquement nécessaire par le radiologiste.
4. L'emploi d'intensificateur d'image n'est pas payable au tarif des incidences additionnelles.
5. Les coûts de la fluoroscopie ne doivent pas être soumis pour les examens effectués par le radiologiste, car la fluoroscopie fait généralement partie intégrante de l'examen, c.-à-d. l'examen du tube digestif et l'acte clinique associé à l'imagerie diagnostique.
6. Les examens de l'abdomen et des poumons ne peuvent pas être facturés automatiquement lors d'un examen du tube digestif, à moins d'une demande spécifique.
7. Ne pas facturer habituellement trois incidences ou plus des poumons quand un examen des poumons est demandé.

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

8. Lors des examens du crâne, ne pas facturer habituellement des études d'os du nez ou de sinus paranasaux non expressément demandées.
9. Lors des examens de la colonne lombaire, ne pas facturer habituellement des études de l'abdomen et/ou du bassin non expressément demandées.
10. Aucun tarif ne peut être facturé pour l'interprétation de l'incidence d'une articulation, à moins que toutes les incidences requises pour cette articulation ne soient examinées.
11. Seuls les films conventionnels de l'épine dorsale avant la myélographie doivent être facturés lorsque le radiologiste est incapable d'obtenir de son établissement, ou d'une autre, les anciens films.
12. Les factures pour des actes ou des interprétations qui ne sont pas explicitement couverts par un code existant dans le Cahier des tarifs du radiologiste doivent être soumises à titre de « considération spéciale » C.S. sous le code de service 888, avec des renseignements pertinents à la facturation. Il faut faire parvenir une demande au Comité de la nomenclature des nouveaux services.
13. Un « rappel » à l'hôpital s'applique lorsque le radiologiste est rappelé à l'hôpital après les heures normales de travail, pour les heures suivantes :
 - a) « De nuit » s'applique aux soins dispensés sur semaine entre 18 h et 8 h.
 - b) « En fin de semaine » s'applique aux soins dispensés les samedis, dimanches et jours fériés. (Voir l'encart)

Un rappel ne s'applique pas lorsque le radiologiste est déjà à l'hôpital ou lorsque le tarif prévoit que le radiologiste sera présent durant la période décrite ci-dessus. Un seul rappel nécessitant un déplacement à l'hôpital est payable, peu importe le nombre de radiographies examinées. Un rappel supplémentaire est payable pour les déplacements additionnels effectués à l'intérieur du délai ou de la période, tel qu'indiqué précédemment.

 **Note de l'assurance-maladie : Les factures portant la mention « rappel » doivent indiquer l'heure de la journée où le service a été rendu.**

	code	unités
Poumons et viscères thoraciques		
Poumons – une incidence	3000	3
– deux incidences	3001	6
– trois incidences ou plus	3002	7
Cliché par appareil mobile	3003	5
Simple fluoroscopie.....	3004	8
Poumons ou coeur – fluoroscopie et clichés (trois ou plus)	3005	11
Canal thoracique	3006	5
Côtes – un côté	3007	5

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
– les deux côtés	3008	7
Sternum ou articulations sterno-claviculaires	3009	5
Incidences spécialisées des côtes ou des articulations sterno-claviculaires	3048	3
Tomographie	3010	12

Abdomen et tube digestif

Abdomen – une incidence	3011	5
– plusieurs incidences – perforation/obstruction	3012	8
Abdomen mobile – une incidence	3232	5
– deux incidences ou plus	3233	8
Pharynx et oesophage	3013	9
Dilatation de l'oesophage avec contrôle fluoroscopique	3234	8
Transit digestif (oesophage, estomac et duodénum) ..	3014	17
Avec duodénographie hypotonique (sans intubation)	3015	23
Double contraste avec glucagon (examen avec repas baryté)	3235	23
Duodénographie hypotonique par intubation	3016	16
Tube digestif combiné avec cliché différé	3017	22
Et Maxeran	3236	28
Examen de la motilité de l'intestin grêle	3018	17
Et Maxeran	3019	23
Entéroclyse (lavage intestinal)	3229	23
Cholécystographie	3020	6
Avec fluoroscopie.....	3021	10
Cholangiographie – intraveineuse	3022	13
Peropératoire	3023	7
Tube en T avec fluoroscopie	3024	10
Infusion goutte-à-goutte	3025	18
Avec tomographie.....	3026	23
Cholécystographie avec cholécystokinine	3027	18
Lavement baryté.....	3028	17
En double contraste	3029	23*
En contraste simple ou double avec glucagon.....	3030	23
Cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (CPER)	3031	70
Coloscopie, contrôle radiologique	3032	16
Tomographie	3033	12

Appareil génito-urinaire

Pyélographie – intraveineuse +/- à séquence rapide.....	3034	17
– avec tomographie	3035	23
– avec diurèse provoquée	3036	23

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
– par voie rétrograde	3037	6
Pyélographie d'un conduit iléal par voie rétrograde.....	3038	6
Avec fluoroscopie	3039	12
Cystographie	3040	6
Cysto-urétrographie (mictionnelle) – rétrograde	3041	17
Avec pyélographie intraveineuse	3042	20
Cysto-urétrographie en série.....	3043	17
Urétrographie rétrograde.....	3044	17
Pyélographie fonctionnelle – infusion goutte-à-goutte...	3045	19
Avec diurèse provoquée	3046	23
Avec tomographie	3047	23
Pyélographie percutanée par voie antérograde	3049	6
Avec fluoroscopie	3050	12
Pyélographie par tube de néphrostomie	3051	6
Avec fluoroscopie	3052	12
Vasographie	3053	6
Avec fluoroscopie	3054	12
Hystérosalpingographie	3055	6
Avec fluoroscopie	3056	12
Grossesse – une incidence	3057	5
Foetographie/placentographie – sans substance de contraste	3058	7
Avec substance de contraste dans la vessie	3059	9
Pelvimétrie	3060	9
Tomographie	3061	12
Tête et cou		
Crâne.....	3062	7
Incidences additionnelles spéciales en supplément....	3063	4
Crâne mobile	3214	7
Selle turcique (sans examen du crâne).....	3064	4
Massif facial.....	3065	6
Orbite, incidences spéciales en supplément	3215	5
Sinus paranasaux.....	3066	6
Mastoïdes	3067	7
Conduits auditifs internes (sans examen du crâne).....	3068	7
Nez.....	3069	5
Trous optiques	3070	5
Oeil – corps étranger	3071	5
– localisation de corps étranger	3072	14
Maxillaire inférieur ou maxillaire supérieur.....	3073	6
Maxillaire inférieur (mandibule) mobile	3216	6
Articulations temporomandibulaires.....	3074	6
Dents – une région (jusqu'au quart (¼) de l'ensemble)	3075	2
– mâchoire supérieure ou inférieure (jusqu'à la moitié (½) de l'ensemble)	3076	4

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
– bouche entière	3077	7
Région des glandes salivaires	3078	6
Rhinopharynx et/ou cou – tissus mous	3079	5
Cou mobile – tissus mous	3217	5
Tomographie	3080	12

Membre supérieur

Épaulé	3081	5
Clavicule	3082	5
Omoplate	3083	5
Articulations acromio-claviculaires	3084	5
Avec application de poids	3085	7
Humérus	3086	5
Coude	3087	5
Avant-bras	3088	5
Poignet	3089	5
Os scaphoïde	3090	3
Main (deux doigts ou plus)	3091	5
Main pour tissus mous	3218	5
Doigt ou pouce	3092	3
Incidences spéciales de l'un ou l'autre membre		
ci-dessus	3093	3
Membre supérieur par appareil mobile	3219	5
Tomographie	3094	12

Membre inférieur

Hanche	3095	5
Enclouage de la hanche – simple interprétation	3096	6
– surveillance et interprétation	3097	20
Fémur	3098	5
Genou	3099	5
Rotule	3100	3
Jambe inférieure	3101	5
Cheville	3102	5
Calcaneum	3103	5
Pied (deux orteils ou plus)	3104	5
Orteil	3105	3
Incidences spéciales de l'un ou l'autre membre		
ci-dessus	3106	3
Membre inférieur par appareil mobile	3220	5
Études de longueur des jambes		
(orthodiagraphie/scintigraphie)	3107	6
Jambe complète (en position debout)	3224	6
Tomographie	3108	12

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
Colonne vertébrale et bassin		
Colonne cervicale – incidences ordinaires.....	3109	6
Avec incidences additionnelles (incluant en oblique)	3110	8
Colonne dorsale	3111	6
Avec incidences additionnelles	3112	8
Colonne lombaire.....	3113	6
Avec incidences additionnelles	3114	8
Sacrum et/ou coccyx	3115	5
Articulations sacro-iliaques	3116	5
Injections de facette articulaire – contrôle avec fluoroscopie radiologique	3117	8
Bassin	3118	5
Incidences additionnelles en supplément	3221	3
Bassin et hanche.....	3119	6
Bassin et articulations sacro-iliaques.....	3120	6
Bassin et colonne vertébrale par appareil mobile	3222	6
Colonne vertébrale – série scoliotique.....	3121	12
Tomographie	3122	12
Divers		
Rappel à l'hôpital, de nuit ou en fin de semaine.....	3311	26
Soins de supervision	4102	16
Interprétation des films envoyés – par examen	3123	8
 📄 Note de l'assurance-maladie : Le code 3123 est utilisé pour rémunérer le radiologiste lorsque des radiographies effectuées ailleurs sont envoyées dans le but d'obtenir une opinion écrite. Cependant, on ne peut utiliser ce code lorsque les radiographies, décrites ci-dessus, sont utilisées à titre de comparaison avec les radiographies prises au cabinet du médecin consultant.		
Exploration osseuse – première région anatomique	3124	6
– chaque région anatomique additionnelle.....	3125	3
Mammographie de dépistage bilatérale – femme asymptomatique	3206	13*
Mammographie de diagnostic bilatérale – femme symptomatique	3207	23*
Radiographie de section du corps – tomographie.....	3128	12
Injection dans le tractus sinusal	3129	9
Détermination d'âge osseux (développement osseux)....	3130	6
Densité osseuse (mesure de la teneur en minéraux)	3131	12
Sites additionnels.....	3225	6
Mesure de l'épaisseur de la peau	3132	6
Échantillon de tissu.....	3223	3

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
Mise en place d'un cardiostimulateur transveineux (provisoire ou permanent) – contrôle radiologique	3133	15
Technique à haut kilovoltage	3134	8
Fluoroscopie localisée (précisez)	3135	8

Actes spéciaux, interprétation seulement

Myélographie – 1 segment	3136	15
– 2 segments ou plus	3137	23
– de la fosse postérieure	3138	16
Discographie	3139	15
Bronchographie – un côté	3140	15
– les deux côtés	3141	22
Laryngographie	3142	15
Arthrogramme	3143	15
En double contraste	3144	15
Vélopharyngographie	3145	15
Ventriculographie ou encéphalographie	3146	16
Angiographie		
Phlébographie périphérique – unilatérale	3147	9
– bilatérale	3148	14
Cavographie inférieure ou supérieure		
Injections bilatérales simultanées	3149	15
Par changeur de clichés, cinéradiographie ou enregistrement magnétoscopique (sans supplément)	3150	23
Artériographie		
Par clichés simples – non sélective	3153	8
– sélective	3154	15
Par changeur de clichés, cinéradiographie ou enregistrement magnétoscopique (sans supplément) – non sélective	3155	15
– sélective	3156	23

Angiographie ou angioplastie cardiaque

Interprétation et rapport effectués par le radiologiste pour toute combinaison d'actes, réalisés le même jour, en relation avec un cathétérisme cardiaque gauche et/ou droit : ventriculographie gauche/droite, artériographie coronarienne gauche/droite, angiographie d'un pontage, étude de la crosse de l'aorte, évaluation des valvules pour sténose/insuffisance/etc., angioplastie coronarienne, valvuloplastie

3202 88

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

code **unités**

Si une urgence ou un changement soudain dans l'état du malade rend nécessaire une angiographie cardiaque additionnelle le même jour, la composante du radiologiste est payable en supplément sous ce même code.

Lymphographie	3157	15
Sialographie	3158	8
Dacryocystographie	3159	8
Cholangiographie percutanée transhépatique	3162	15
Biopsie transthoracique du poumon avec fluoroscopie ..	3164	15

Tomographie axiale informatisée

Balayage – tête.....	3166	50
Avec substance de contraste.....	3167	58
Avec autre balayage avec substance de contraste	3168	75
Balayage – poitrine	3169	75
Balayage – cou	3308	75
Balayage – abdomen	3309	75
Balayage – bassin	3310	75
Balayage – extrémités/cheville ou épaule.....	3226	75
Sinus	3230	50
Cervical, thoracique ou lombaire	3312	75

Ultrasonographie

Les valeurs unitaires suivantes s'appliquent à l'interprétation d'investigations diagnostiques par ultrasonographie :

Tête et cou		
Écho-encéphalographie, ligne médiane, écho A	3194	12
Cerveau du nouveau-né	3170	43
Examen transcâranien d'un l'adulte (avec Doppler)....	3227	41
Évaluation carotidienne – unilatérale ou bilatérale, duplex examen.....	3201	41
Thyroïde – balayage, écho B	3171	22
Thorax		
Masses pulmonaires, épanchement pleural	3196	36
Masses mammaires – chaque sein.....	3197	22
Coeur, échographie		
Épanchement péricardique, écho M	3172	22
Complète, écho M	3173	45
Avec visualisation à deux dimensions	3174	72
Abdomen – balayage complet.....	3175	45
Examen partiel (ex. vésicule biliaire, aorte).....	3176	25
Bassin.....	3177	36
Prostate endorectale	3231	66
Prostate endorectale avec biopsie	3237	92
Obstétrique, grossesse, échographie complète	3178	40

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
Extrémités (testicules, kystes poplités, ganglions, etc.)..	3198	25
Extrémités		
Étude en début	3179	15
Doppler artériel – une jambe	3238	45
– deux jambes.....	3239	90
Thrombose veineuse profonde – une jambe	3240	45
– deux jambes	3241	90

Notes :

1. L'écho A est une mesure ultrasonique à une dimension.
2. L'écho M est une mesure ultrasonique à une dimension incluant les activités du tracé pour enregistrer l'amplitude et la vitesse du mouvement des structures des producteurs échographiques.
3. L'écho B est une mesure d'échographie à deux dimensions, avec visualisation à deux dimensions.

Imagerie par résonance magnétique

Les tarifs suivants incluent la charge de la surveillance de l'acte (l'approbation, la modification et l'intervention dans la visualisation diagnostique); la charge du contrôle de la qualité de tous les éléments des composantes techniques de l'acte; et l'interprétation des résultats de l'épreuve diagnostique.

Toute technique, tout nombre de coupes et toute région du corps, c.-à-d., tête, cou, colonne vertébrale, thorax, abdomen, bassin et membres	3208	105
Scintigraphies portant sur plus d'une région du corps, p. ex. : tête-rachis cervical, abdomen-bassin, rachis cervical-région dorsale, colonne lombaire-vertébrale		
Première région.....	3209	105
Deuxième région	3210	52
Troisième région	3211	52
Injection de gadolinium (produit de contraste), y compris coupes supplémentaires et interprétation	3212	31

Actes cliniques et diagnostiques

Cette liste de codes comprend les actes cliniques et les interprétations des images d'incidences acquises – Les codes en supplément dans la section interprétation ne doivent pas être facturés.

Système hépato-biliaire

Extraction percutanée de calcul dans le canal biliaire par fluoroscopie avec cholangiographie	3242	123
Cholangiographie transhépatique percutanée	3243	90
Drainage biliaire percutané	3244	301
Extenseur biliaire (en supplément).....	3286	286

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
Changement du tube de drainage pour la néphrostomie/biliaire sous imagerie.....	3252	49
Splénoportographie	3292	66
Portographie transhépatique percutanée	3293	88

Appareil urinaire

Insertion percutanée de tubes pour la néphrostomie sous anesthésie locale par fluoroscopie.....	3245	123
Néphrostomie percutanée avec dilatation urétrale ou insertion d'extenseur sous imagerie diagnostique.....	3246	203
Rétablissement percutané de voie de néphrostomie pour extraction de calcul.....	3247	283
Cystographie rénale percutanée	3294	57
Urétrographie rétrograde ou cystographie rétrograde sans cystoscopie	3295	39
Cysto-urétrographie permictionnelle	3296	24
Cystographie par chaîne.....	3297	55
Hystérosalpingographie (incluant l'acte, la fluoroscopie et l'interprétation) par un radiologiste.....	3298	63
Ansographie iléale	3299	34

Autres actes dans diverses régions du corps

Ponction diagnostique percutanée de liquide sous imagerie diagnostique	3248	51
Insertion percutanée du tube de drainage pour système de relèvement sous imagerie diagnostique.....	3249	77
Ponction biopsie intra-abdominale percutanée de masses solides sous imagerie diagnostique.....	3250	64
Sinographie (injection dans le tractus sinusal)	3291	25
Biopsie pulmonaire transthoracique avec fluoroscopie..	3251	66
Gastrotomie percutanée ou jéjunostomie.....	3255	130
Intubation de l'intestin grêle sous imagerie.....	3300	30
Duodénographie hypotonique avec intubation	3301	30
Seins		
Localisation à l'aiguille avec mammographie	3258	59
Biopsie stéréotaxique	3259	105
Radiographie des canaux mammaires	3260	25
Myélographie		
Une région.....	3261	68
Deux régions ou plus.....	3262	98
Fosse postérieure.....	3263	106
Discographie		
Un niveau	3264	68
Chaque niveau additionnel.....	3265	42
Injection d'une facette articulaire (par articulation)	3266	42
Injection d'une articulation sacro-iliaque (par		

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
articulation)	3267	42
Arthrographie		
Une seule	3268	38
Double contraste.....	3269	52
Angiographie		
Aorte bifémorale et écoulement périphérique (avec accès artériel)	3287	164
Accès artériel et rinçage	3270	88
Injection artérielle sélective (incluant tous les clichés et passages nécessaires; rénale, cérébrale, vertébrale)	3271	59
Intervention pharmacologique	3272	19
Injection et hypersélective (incluant tous les vaisseaux nécessaires).....	3273	71
Embolisation de vaisseau (artériels ou veineux)	3257	71
Enlèvement percutané de corps étrangers intravasculaires (c.-à-d. cathéter, angiographie, ultrasonographie)	3253	122
Traitement thrombolytique (artériel).....	3302	187
Angioplastie (dilatation transluminale percutanée de sténoses artério-veineuses et d'occlusions sous anesthésie locale)		
Aorte, iliaque, fémorale, poplitée, pulmonaire.....	3280	277
Rénale, brachio-céphalique, cérébrale	3281	346
Extenseur artériel ou veineux (incluant angioplastie)	3288	400
Filtre de la veine cave (transjugulaire ou transfémoral)	3289	210
Phlébographie		
Accès au système veineux (central).....	3274	96
Injection veineuse sélective (rénale, pulmonaire, jugulaire, etc.)	3275	59
Phlébogramme périphérique		
unilatérale	3276	45
bilatérale	3277	86
Biopsie hépatique transjugulaire	3256	130
Embolisation de vaisseau (artériel ou veineux)	3257	71
Évaluation veineuse centrale par tunnel		
sans ouverture de port sous cutané	3278	97
avec ouverture de port sous-cutané	3279	168
Extenseur artériel ou veineux (incluant l'angioplastie) ..	3288	400
Filtre de la veine cave (transjugulaire ou transfémoral) .	3289	210
Traitement thrombolytique (veineux)	3303	187
Dérivation portosystémique intra-hépatique		
transjugulaire	3254	494
Vélopharyngographie	3304	44
Laryngographie	3305	44
Bronchographie		
unilatérale	3306	44

Spécialistes en radiologie diagnostique (suite)

	code	unités
bilatérale	3307	66
Lymphographie		
Une jambe	3282	90
Bilatérale	3283	142
Sialographie	3284	45
Dacryocystographie	3285	45
Profil biophysique exécuté et interprété par le médecin.	3313	37
Médecin présent, mais n'exécute pas le profil (comprend l'interprétation)	3314	19
Ponction lombaire	3315	31

Spécialistes en radiologie thérapeutique et en médecine nucléaire

	code	unités
Radiothérapie isotopique		
Traitement de l'hyperthyroïdisme ou de troubles cardiaques – par traitement	4060	46
Radiothérapie isotopique – carcinome de la thyroïde – par traitement.....	4011	62
Traitement de polycythémie vraie – par traitement	4012	38
Traitement de carcinome métastatique osseux – par traitement (exemple strontium)	4013	46
Traitement d'ascite ou d'épanchement pleural résultant d'une affection maligne, à l'exclusion de tout acte opératoire.....	4014	46
Injection dans une articulation (incluant l'acte et l'interprétation).....	4015	28
Actes diagnostiques isotopiques		
Thyroïde		
Captation de la thyroïde – une détermination	4016	8
– plusieurs déterminations	4017	12
Scintigraphie de la thyroïde	4018	18
Captation et scintigraphie de la thyroïde	4019	27
Études de la thyroïde in vitro	4020	8
Sang		
Masse sanguine	4021	8
Clairance du fer plasmatique	4022	15
Utilisation des globules rouges	4023	15
Survie des globules rouges.....	4024	15
Études de séquestration.....	4025	31
Espaces électrolytiques	4026	15
Lymphoscintigraphie	4100*	49
Fonction rénale		
Rénographie	4028	23
Scintigraphie rénale	4029	23
Scintigraphie plus rénographie	4030	38
répétition avec l'inhibiteur de l'ECA	4090	61
Étude de la fonction rénale	4031	15
Étude du résidu vésical en plus d'autres examens	4066	15
Scintigraphie testiculaire (incluant études de débit)	4062	39
Cysto-urétrogramme mictionnelle	4094	20

**Spécialistes en radiologie thérapeutique et
en médecine nucléaire (suite)**

	code	unités
Tube digestif		
Scintigraphie des glandes salivaires	4042	30
Études du transit oesophagien.....	4076	82
Reflux gastrique.....	4093	33
Vidange gastrique	4064	63
Fraction d'éjection de la vésicule biliaire (incluant HIDA)	4079	51
HIDA (foie, vésicule biliaire et voies biliaires)	4037	30
Cinétique hépato-biliaire.....	4077	46
Scintigraphie du foie/de la rate	4036	23
Post-cholécystokinine hépato-biliaire	4078	51
Tomoscintigraphie du foie et de la rate (incluant la scintigraphie du foie)	4074	41
Tomographie hépatique des globules rouges (incluant volume et débit)	4075	64
Scintigraphie avec marquage des globules rouges	4063	23
Recherche de saignement gastro-intestinal occulte (incluant débit et marquage des globules rouges)	4080	46
Temps tarif après 24 heures	4081	13*
Scintigraphie abdominale avec pertechnétate (Meckel) incluant volume et débit	4085	46
Épreuve de Schilling	4038	8
Répétition avec facteur intrinsèque	4039	8
Épreuve de Schilling avec double marquage et facteur intrinsèque	4040	12
Recherche de protéines dans les selles	4073	8
Système cardio-vasculaire		
Études de la circulation	4044	15
Études du débit dynamique (aorte, branches et veines) .	4045	23
Scintigraphie veineuse	4088	45
Études de surveillance pharmacologique	4065	56
Scintigraphie de perfusion myocardique (Thallium).....	4068	23
Scintigraphie d'épanchement péricardique	4067	23
Scintigraphie de perfusion myocardique avec tomographie à l'effort	4091	42
Scintigraphie de perfusion myocardique avec tomographie et épreuve au repos ou de redistribution	4092	42
Scintigraphie cardiaque-infarctus	4069	23
Avec tomographie	4095	42
Scintigraphie de l'ondée systolique	4070	23
Scintigraphie du mouvement de la paroi myocardique .	4071	44
Avec ondée systolique	4072	52

Spécialistes en radiologie thérapeutique et en médecine nucléaire (suite)

	code	unités
Recherche de shunt cardiaque par méthode radio-isotopique	4103	40

 **Note de l'assurance-maladie : Lorsque l'examen portant le code 4071 ou 4072 est associé à une scintigraphie de perfusion myocardique, facturer 50 %.**

Système respiratoire

Scintigraphie pulmonaire – ventilation ou perfusion	4047	38
– ventilation et perfusion le même jour	4048	60
Recherche d'aspiration pulmonaire par méthode radio-Isotopique	4101	20

Système nerveux central

Scintigraphie cérébrale	4049	31
Scintigraphie cérébrale avec étude de débit cérébral	4050	38
Cisternographie à l'ASIR.....	4051	77
Tomographie cérébrale au HMPAO (incluant la scintigraphie cérébrale)	4084	49
Evaluation d'un shunt ventriculopéritonéal ou ventriculocardiaque par méthode radio isotopique	4099	39

Système squelettique

Scintigraphie abdominale à l'iode l'I-131 + MIBG tous les jours	4082	50
Scintigraphie osseuse	4052	46
Études métaboliques	4053	23
Tomoscintigraphie osseuse (incluant le code 4052)	4083	64

Autres systèmes

Ensemble du corps (à l'exclusion de la scintigraphie osseuse)	4086	46
Scintigraphie des parathyroïdes	4055	23
Gallium – localisation de tumeur et d'abcès.....	4056	47*
Indium-scintigraphie de globules blancs marqués	4061	46
Scintigraphie du placenta.....	4057	31
Scintigraphie des conduits lacrymaux	4087	40
Tomographie – pour toute scintigraphie nucléaire – en supplément	4058	29
Scintimammographie	4098	40

CODES DES NOUVEAUX EMPLACEMENTS

Cliniques sans rendez-vous : définition

- Services de soins primaires offerts en clinique ou en cabinet se caractérisant par des heures d'ouverture prolongées, l'absence de rendez-vous et des soins épisodiques avec peu ou pas de suivi.
- Il n'y a pas de registre normalisé des patients; la liste des patients change constamment.

À compter du 12 décembre 2002, des codes d'emplacement seront désormais attribués à toutes les cliniques sans rendez-vous. Veuillez communiquer avec l'Assurance-maladie pour signaler les nouvelles cliniques ou les cliniques existantes qui ne figurent pas sur la liste ci-dessous. Lorsque vous soumettrez vos factures, le code d'emplacement deviendra obligatoire avec l'utilisation du code de service 0003.

Code du nouvel emplacement	Clinique	Adresse
300	Clinique sans rendez-vous de Nashwaaksis	Fredericton
301	Clinique sans rendez-vous de la rue Regent	Fredericton
302	Clinique sans rendez-vous de la rue St. George	Moncton
303	Clinique sans rendez-vous de Riverview	Riverview
304	Clinique sans rendez-vous de l'avenue St-Pierre	Bathurst
305	Clinique sans rendez-vous de Saint John	Saint John
306	Clinique sans rendez-vous de New Maryland	New Maryland
307	Clinique sans rendez-vous de Kennebecasis Valley	Rothesay
308	Clinique sans rendez-vous de Chatham	Miramichi-Est
309	Clinique sans rendez-vous de la rue Pleasant	Miramichi-Ouest
310	Clinique sans rendez-vous (rue Bateman)	Edmundston
311	Clinique sans rendez-vous de Moncton Nord	Moncton
312	Saint John Outreach	Saint John
313	Clinique Dr Louis N Bourque	Moncton
314	Clinique Après Heures Providence	Moncton
315	Centre Médical Régional de Shediac	Shediac
316	Clinique Après Heures Champlain	Dieppe

317	Clinique de médecine familiale du comté de Charlotte	St. Stephen
*318	Clinique de médecine familiale rue Main	Moncton
*319	Clinique de médecine familiale de Sussex	Sussex
*320	Clinique médicale de St Andrews	St Andrews

Télémédecine – À compter du 12 décembre 2002

Des codes d'emplacement ont été assignés à chaque établissement hospitalier de la province pour les services de télémédecine. Lorsqu'un service dispensé par l'entremise de la télémédecine fait l'objet d'une facturation, le code d'emplacement sur votre facture devrait indiquer l'établissement réel dans lequel le patient a reçu le service.

Région	Code d'emplacement	Établissement
1	420	The Moncton Hospital
	426	Hôpital Sackville Memorial
	438	Hôpital Albert County
	445	Hôpital Stella-Maris-de-Kent
	448	Hôpital Dr George-L. Dumont
2	415	Centracare Saint John
	416	Hôpital de Grand Manan
	429	Hôpital régional de Saint-Jean
	431	Hôpital Saint Joseph's
	433	Hôpital Charlotte County
	434	Centre de santé de Sussex
	446	Hôpital public d'Oromocto
3	401	Hôpital régional Dr. Everett Chalmers
	412	Centre de réadaptation Stan Cassidy
	417	Hôpital communautaire de Harvey
	419	Hôpital Queen's North
	423	Hôtel-Dieu Saint-Joseph
	424	Hôpital Tobique Valley
	436	Hôpital Carleton Memorial
	443	Hôpital Northern Carleton
4	409	Hôpital régional d'Edmundston
	432	Hôtel-Dieu de Saint-Quentin
	442	Hôpital général de Grand-Sault
5	405	Hôpital Régional de Campbellton
	408	Hôpital St-Joseph de Dalhousie
	411	Centre hospitalier Restigouche
6	418	Centre hospitalier de Lamèque
	439	Hôpital régional de Chaleur
	440	Centre hospitalier de Tracadie
	441	Centre hospitalier de l'Enfant-Jésus
7	422	Établissement hospitalier régional de Miramichi